Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 września 1882. **№ 39.** **Rok XXI.**

I. O stosunku szypułki mózgowéj do jéj czepca w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych.

Napisał prof. J. Mierzejewski w Petersburgu.

Anatomija ośrodków nerwowych, napotykająca zwykle tak wiele trudności technicznych, dzięki nowemu sposobowi badania zrobiła w ostatnich czasach znakomite postępy. Schröder van der Kolk, Lokart Clarck, Deiters i Luys pierwsi zaczęli rozpatrywać duże przeźroczyste skrawki mózgu i ztąd wnioskowali o kierunku rozlicznych włókien osi mózgowo-rdzeniowéj, o wzajemnym stosunku tych włókien i o związku ich z mózgowemi węzłami i zawojami.

Istota téj metody zależy na tém, że rozdzielając ośrodki nerwowe szeregiem systematycznych cięć poprzecznych, otrzymane ztąd jak najcieńsze skrawki stawia się jeden za drugim i łączy odpowiednie części linijami, przedstawiającemi przypuszczalną ich ciągłość.

Meynert używał nietylko tego samego sposobu, ale wprowadził jeszcze nowy, nader sprytny, przy pomocy którego zdołał wzbogacić naukę. Biorąc pod uwagę dane fizyjologiczne i rozmaitą zewnętrzną postać ośrodków nerwowych u różnych zwierząt, postanowił zbadać u nich przebieg odpowiednich pęczków włókien nerwowych przez cały rdzeń kręgowy i przedłużony aż do węzłów mózgowych. Meynert zatém badał sposób ułożenia i grubość włókien w rdzeniu kręgowym, w rdzeniu przedłużonym i w moście Varolla takich zwierząt, które mają stosunkowo znaczną powierzchnię skóry, jak np. nietoperz, i takich, które się odznaczają silnemi mięśniami; co do ostatnich szczególną zwrócił uwagę na różnicę, jaka istnieje między temi, u których odnogi przednie są silniéj rozwinięte od tylnych, jak np. u kreta, a temi, u których odnogi tylne znacznie przeważają nad przedniemi, jak np. u kanguru. Na zasadzie rezultatów tych poszukiwań, z rozmiaru oddzielnych pęczków, autor wysnuł wnioski szczegółowe o ich znaczeniu czynnościowém, a tém samém o rozmaitym stosunku ośrodków do obwodu. (Meynert: *Ueber die Bestandtheile des Vierhügels in Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie.* Bd. XVII, H. 4). Przy pomocy téj saméj metody badania, ułatwionéj jeszcze przez zastosowanie mikrotomu, August Forel otrzymał znakomite rezultaty co do przebiegu różnych nerwowych włókien w czepcu i wszystko to opisał nadzwyczajnie jasno w swojéj pracy pod tytułem: *Untersuchungen über die Haubenregion. Archiv für Psychiatrie*, 1876. Z kolei następuje sposób Flechsiga (*Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen auf Grundentwickelungsgeschichtlicher Untersuchungen.* Leipzig, 1876) oparty na niektórych przez niego odkrytych właściwościach rozwoju płodu, a mianowicie na tém, że włókna nerwowe różnych grup otrzymują swoją pochewkę myelinową w rozmaitym czasie; po kolorze charakterystycznym dla tych części układu nerwowego, które mają myelinę, autor mógł sądzić o kierunku ich włókien i o wzajemnych ich stosunkach.

Wszystkie te sposoby mają jednakże swoje niedogodności. Na poprzecznych cięciach niepodobieństwem jest wyśledzić przebieg niektórych włókien lub pęczków na większéj przestrzeni; ażeby poznać ich kierunek, należałoby je izolować, co znów przechodzi możność w obec tak niedoskonałych technicznych środków. Dla tego też fizyjologija doświadczalna może przynieść w tym względzie daleko więcéj korzyści, aniżeli wszystkie poprzednie metody. Tą drogą poszedł Gudden z wielką dla nauki korzyścią. Wycinał on młodym zwierzętom pewne części półkul, co naturalnie wywoływało następowe zaniki i pozwalało mu sądzić o związku pomiędzy operowanemi a zanikłemi częściami. Takie postępowanie jednak nadweręża łączność różnych części mózgu i sprawia zmiany patologiczne, które psują czystość doświadczenia; z tego powodu Gudden uciekł się do innego sposobu. Niszczył on u młodych zwierząt obwodowe narządy zmysłów i sprowadzał zanik tak obwodowych nerwów tych

narządów jak i ich ośrodków w mózgu; z tego zaniku mógł określić związek ośrodków z organami obwodowemi. Najcenniejsze jednak wskazówki o wzajemnym stosunku różnych nerwowych włókien daje nam fizyjologija patologiczna człowieka. Z jéj pomocą Türck i szkoła Salpetrierska, pod kierunkiem swojego znakomitego przewodnika, stworzyli w patologii nowy dział „o wstępujących i zstępujących przewodzeniach osi mózgowo-rdzeniowéj.“

Nakoniec jeszcze inny sposób, stanowiący jakby dalszy ciąg poprzedniego, zasadza się na badaniu zmian wywołanych przez samą przyrodę w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych lub powstrzymanych w rozwoju. Powstrzymanie w rozwoju pojedynczych części półkul mózgowych i przewodników tych części pozwala nam stwierdzić, jakie przewodniki z jakiemi częściami mózgu są w związku, jakie są wzajemne ich stosunki i jakie mają znaczenie anatomiczne. Metoda ta jest w stanie dostarczyć nam nader pożytecznych wskazówek co do kierunku rozlicznych włókien nerwowych i ich funkcyj, jeśli badania anatomiczne będą poparte szczegółowemi klinicznemi spostrzeżeniami.

Postaram się przytoczyć parę przykładów, aczkolwiek dalekich od dokładności, dowodzących wszakże wielkiéj doniosłości badań przedsiębranych w tym kierunku. Zrobiwszy poprzeczne przecięcie tuż poza wzgórkami czworaczemi, możemy rozróżnić dwie części: jedną górną pod wodociągiem Sylwiusza, nazywaną czepcem, drugą dolną odpowiadającą mostowi Varola, tak nazywaną właściwą szypułkę mózgową. Prof. Meynert dowiódł swojemi poszukiwaniami, że u człowieka dorosłego część górna, czyli czepiec, bywa daleko mniéj rozwiniętą niż szypułka, i że u nowonarodzonego dziecka spotyka się stosunek odwrotny, a mianowicie czepiec bywa więcéj rozwinięty niż szypułka mózgowa. Meynert mniemał, że niektóre włókna nerwowe czepca, pozostając w związku ze wzgórkami czworaczemi i ze wzgórkiem wzrokowym, służą jako przewodniki odruchów; włókna zaś szypułki mózgowéj, pozostając w związku z ciałem prążkowaném, z jądrem soczewicowatém i z pochwą wewnętrzną, służą jako przewodniki ruchów dobrowolnych (*Studien über die Bedeutung des zweifachen Rückenmarkursprungs in Sitzungsberichten der Wiener Akademie der Wissenschaften.* October, 1869. *Beiträge zur Theorie der maniakalischen Bewegungserscheinungen etc. Arch. für Psych.*, 1872, s. 622). U dziecka nowonarodzonego, u którego przeważają odruchy, przewodniki ich (nagromadzone w czepcu) posiadają większe ozmiary, aniżeli przewodniki ruchów dobrowolnych (zebranych w szypułce mózgowéj). U człowieka dorosłego, z powodu przewagi ruchów dobrowolnych, przewodniki ich okazują się mocniéj rozwinięte, aniżeli przewodniki odruchów. Jeżeli słusznym jest pogląd Meynerta, to u takich idyjotów, u których prawie wcale nie istnieją ruchy dobrowolne, a tylko odruchowe, powinniśmy znaleźć ten sam stosunek czepca do szypułki mózgowéj jak u dziecka nowonarodzonego. Taki stosunek istnieje niewątpliwie u niektórych idyjotów. Oto np. weźmy dwa mózgi idyjotów: jeden 50 letniego mężczyzny, którego zdolności umysłowe były na stopniu rozwoju jak u półtorarocznego dziecka. Mózg jego był powstrzymany w swoim rozwoju; wyspa Reila pozostała odkrytą; zawoje czołowe i główne były słabo rozwinięte; wzajemny stosunek czepca i szypułki mózgowéj pozostał zupełnie taki jak noworodka. Drugi mózg pochodzi od dziecka trzyletniego, które nigdy nie wydawało dźwięków członkowanych, nie poznawało swoich rodziców, zachowywało się najzupełniéj obojętnie względem wszystkiego, co się naokoło działo, nakoniec nigdy nie posiłkowało się ruchami dobrowolnemi; tutaj istniał ten sam stosunek czepca do szypułki mózgowéj.

Taki stosunek szypułki do czepca nie zawsze jednak ma miejsce u idyjotów, posiadających mało rozwinięte ruchy dobrowolne. To nam potwierdza trzeci mózg, pochodzący od dziecka czteroletniego. Dziecię to także nie miało władzy mowy i zdolności jego umysłowe były na tym samym stopniu rozwoju jak i poprzedniego dziecka, tymczasem jednak stosunek jego szypułki mózgowéj do czepca był odwrotny: pierwsza była znacznie rozwinięta, ostatni zaś mały. Największa szerokość czepca tak się miała do największéj szerokości szypułki jak 1,4 do 2. Wysokość zaś czepca była 3 razy mniejsza niż szypułki.

Widzimy zatém, że pomniejszenie rozmiarów szypułki mózgowéj w stosunku do czepca bywa wprawdzie charakterystycznym objawem mózgu idyjotów, ale nie wszystkich. Stosunek ten może wszakże w ogóle służyć jako wyrażenie związku, który istnieje między rozwojem niektórych zawojów i pewnych włókien nerwowych w przesmyku mózgowym (*isthmus cerebri*). We wszystkich tych przypadkach, gdzie zawoje czołowe i główne były powstrzymane w rozwoju, czepiec był większy od szypułki.

Ja nigdy nie spotkałem wyjątku od tego prawidła i sądzę, że można przyjąć za pewnik, iż powstrzymanie w rozwoju czołowych płatów i głównych zawojów prowadzi za sobą powstrzymanie rozwoju szypułki mózgowéj, do tego stopnia widoczne, że stosunek normalny między czepcem a szypułką istniejący u dorosłego człowieka znika i staje się odwrotnym.

Powstrzymanie rozwoju zawojów potylicowych i skroniowych wywołuje powstrzymanie rozwoju czepca. Na potwierdzenie jednak tego faktu mógłbym przytoczyć tylko jeden przykład.

Wszystkie te fakty oczywiście dowodzą, że istnieje stały związek między powstrzymaniem w rozwoju niektórych zawojów mózgu z jednéj strony a niektórych włókien nerwowych w czepcu i szypułce mózgowéj z drugiéj; tym związkiem możemy posiłkować się w tym celu, aby określić, jakie jednocześnie części rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego są także powstrzymane w rozwoju i aby na podstawie tych danych wnioskować o wzajemnych ich stosunkach.

Tym sposobem widzimy, że ta metoda, zarówno jak metoda badania przy pomocy sztucznych uszkodzeń u zwierząt, daje nam możność wyśledzenia kierunku włókien nerwowych w osi mózgowo-rdzeniowéj. Zdobyte przez nas rezultaty zgadzają się zupełnie z wynikami anatomii patologicznéj. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, iż uszkodzenia (krwotoki, rozmiękczenia) głównych zawojów wywołują następne przerodzenia w niektórych włóknach szypułki mózgowéj.

Niekiedy wreszcie powstrzymanie rozwoju tak czołowych jak i głównych zawojów nietylko idzie w parze ze znaczniejszém rozwinięciem czepca, ale nawet w jednym przypadku czepiec pozostał takiéj saméj wielkości jak w mózgu prawidłowo rozwiniętym, chociaż pochodził od 50-letniego człowieka, którego mózg był 3 razy mniejszy od normalnego. Coby mógł znaczyć taki niezwykły rozwój czepca? Byłoby, rozumie się, przedwcześnie dawać jakiekol-

wiek w tym względzie wyjaśnienia, w każdym jednak razie zdaje się to być dowodem pewnéj wadliwości w rozwoju mózgu.

Teraz trudnoby jeszcze było zdecydować, jakie składowe części czepca powiększają się lub zanikają przy powstrzymanym rozwoju zawojów czołowych i głównych, jak również potylicowych i skroniowych. Rozmiary tych części składowych czepca [*crura cerebelli superiora s. crura cerebelli ad corpora quadrigemina, substantia reticularis* (*champ moteur, motorisches Feld*), włókna tych pęczków rdzeniowych (*hinteres Längsbündel*)] nie były mierzone w stanie normalnym. Prawdopodobnie wszakże *substantia reticularis* pozostaje w ściśléj zależności od zawojów, albowiem ona to, jak się zdaje, zwiększa się lub pomniejsza przy powstrzymanym rozwoju już to czołowych i głównych zawojów, już téż to zawojów potylicowych i skroniowych.

II. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypady w rdzeniu przedłużonym u chorego dotkniętego kiłą wczesną.

Skreślił Dr. Stanisław Skobel,
Asystent téjże kliniki.

Pomimo dosyć obszernéj literatury na polu chorób rdzenia przedłużonego w ogóle wyznać atoli należy, że o cierpieniach kiłowych rdzenia namienionego nie wiele wiemy. Lubo już bardzo dawno uznawano wpływ kiły na układ nerwowy, to przecież bliższe szczegóły anatomiczne zawdzięczamy dopiero pracom Virchowa i E. Wagnera. Liczniejsze publikacyje, jakie znajdujemy w literaturze, odnoszą się przeważnie do kiły mózgu, a między innemi i do zmian kiłowych w tętnicach mózgowych, dlatego opis przypadku, który niżéj podaję, zasługuje na uwagę.

Chory nasz mający lat 30, przyjętym został dnia 29 listopada 1881 do kliniki chorób wenerycznych i skórnych Prof. Dra Rosnera. Bliższe szczegóły dotyczące choroby, z któremi jakkolwiek z trudnością, starałem się w pierwszéj chwili zapoznać, dadzą się streścić w ten sposób:

Chory podaje, że niedowład, jaki spostrzegamy w odnodze górnéj i dolnéj po stronie lewéj, datuje się od dziecięctwa. W 15ym roku życia miał przebyć tyfus, na który leżał w domu przez trzy miesiące, późniéj cieszył się przez dłuższy czas dobrém zdrowiem; od lat trzech żonaty, bezdzietny. W roku 1879, a zatém mniéj więcéj przed dwoma laty, przyjętym został do oddziału Doc. Dra Pareńskiego dnia 9 września, gdzie z powodu zimnicy przebywał do dnia 7 października. Dnia 23 maja 1881 r., a zatém przed pół rokiem, tenże chory przybył po raz wtóry do szpitala św. Łazarza i przyjętym został do oddziału Dra Zarewicza, gdzie znaleziono następujące zmiany: na skórze klatki piersiowéj i odnóg zmiany kiły ogólnéj wczesnéj, a mianowicie osutkę plamistą; naokoło wolnego brzegu napletka, tworzącego stulejkę, wrzód pierwotny pierścieniowato ułożony; na dolnéj powierzchni skóry prącia oraz na mosznach znaczna liczba kłykcin wilgotnych z wejrzeniem ekskoryjacyj; wszystkie gruczoły dostępne powiększone. Cierpienie ówczesne trwało od dwóch miesięcy. Zalecono choremu wcierania z szaruchy obok leczenia miejscowego, a dostawszy takich 17 opuścił szpital dnia 10 czerwca 1881 roku.

W kilkanaście dni późniéj, będąc zajęty paszeniem bydła, utknął przypadkowo, upadł głową na kamienie, potłukł się mocno i stracił na chwilę przytomność. Wkrótce potém wstał i zajmował się pracą jak dawniéj, atoli chory podaje, że od owego zemdlenia cierpiał już ciągle na strzykanie i ból głowy, któren się zawsze wieczorem ponawiał, a nadto dodaje, że od owego przypadku często mu ciekła krew z nosa. Przed pięciu dniami stracił nagle mowę i przez trzy dni nie mógł ani słowa ze siebie wydobyć; obok tego żali się chory na uczucie ściągania w gardle, które się zwiększa podczas przełykania.

Stan obecny: U mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego, trochę niedokrewnego spostrzegamy: porost włosów dosyć obfity, włosy suche, bez połysku, wypadają. Na samym wstępie uderza trudność mowy; wymowa pewnych głosek i zgłosek, przy których język przeważnie jest czynnym, odbywa się tylko z wysileniem i sprawia, że mowa z tego powodu jest niewyraźną. Obydwie wargi ust sztywne i nieruchome. Mięsień okrężny ust jest prawie zupełnie nieruchomy, te zaś mięśnie, których przeznaczeniem dźwiganie wargi ust górnéj i kącika ust, jako to: *musculus levator labii superioris alaeque nasi*, *muscul. levator labii superioris proprius*, *muscul. zygomaticus minor et major* a wreszcie *musculus levator anguli oris* pozostają nieczułe na wszelkie usiłowania dążące do pobudzenia w nich ruchu, natomiast kurczą się odruchowo po obydwu stronach mięśnie śmiechowe Santoriniego. Chory nie może warg dobrze ściągać, ani gwizdać, ani też dmuchać. Przy wszystkich mimicznych ruchach twarzy usta skłaniają się tylko z trudnością do uśmiechu. Otwieracz ust wypełnia swą czynność po obydwu stronach dosyć należycie, przyczém atoli spostrzegamy, że lewy kącik ust jest cokolwiek ku téjże stronie przeciągnięty, a zmarszczki noso-wargowe wybitniejsze. Wyraz twarzy osobliwie płaczliwy, czego chory niejednokrotnie przy badaniu czynem dowodzi, raz płacząc, drugi raz się śmiejąc. Również mozolném jest żucie dla naszego chorego, z powodu upośledzonych ruchów języka i policzków, niemniéj trudném połykanie.

Podniebienie miękkie podnosi się tylko na początku wydobywania głosu, przy dalszych próbach łatwo się nuży i tak dalece omdlewa, że przypatrując mu się po częściéj ponawianém wydawaniu głosu, moglibyśmy mieć wątpliwość, czyli nie mamy przed sobą zupełnego porażenia. Z głosek wargowych te tylko chory wymawia dobrze, które powstają przy otwieraniu szpary warg (jak n. p. *b*); natomiast źle wymawia te, które się tworzą przy zamknięciu warg (jak n. p. *m*), z czego się pokazuje, że tylko chwilowa innerwacyja mięśnia okrężnego ust jeszcze jest możebną, trwała zaś niepodobną. Literę *l* wymawia chory dosyć wyraźnie, jednakże nie czysto; dźwięk nosowy, który się łączy z wydawaniem głosu, przeszkadza wybitnemu wymawianiu i sprawia to, że mowa i tak w wysokim stopniu niezrozumiała jest nadto gęgająca (przez nos). Wymowa głosek gardłowych jest bardzo niewyraźna i tak n. p. głoskę *k* słychać z dodatkiem dźwięku nosowego jak *g*, *h*, *a*. Połykanie tak pokarmów płynnych jak i stałych jest dla chorego uciążliwém. Przy szybkiém i dłuższém piciu chory się zachłysta, ponieważ część pokarmów wpada do krtani i wywołuje tym sposobem kaszel, przy powolném zaś piciu mniéj to uderza, odbywa się to jednak zawsze z pewnym mozołem, któremu towarzyszy przez chwilę dławienie, przyczém chory daje różnemi gestami do zrozumienia, że czynność połykania

nie jest łatwą dla niego. Badając krtań zapomocą dotyku przekonywamy się, że jest ona podniesiona ku górze, a pod czas połykania nie wraca natychmiast do swego dawnego położenia, lecz dopiero po niejakim czasie. Język poprzerzynany rowkami wyciąga chory zupełnie prosto, na szczycie jego widzimy ciągłe drganie włókienkowe, zwraca uwagę swą barwą niebieską i porusza się w każdym kierunku, jaki się wskaże choremu. Ślina gęsta wydziela się obficie, a po nieważ chory nie może jéj połykać, przeto zniewolony jest obcierać się ciągle.

Władze umysłowe nienaruszone, chory zajmuje się wszystkiém, co go otacza, rozumie wszystko, o co jest zapytany, i daje za pomocą odpowiednich min na pytania odpowiedzi; jedynie płaczliwość i skłonność do śmiechu bez danego powodu często się powtarzają. Chory słyszy dosyć dobrze szeptanie na obydwa uszy; badanie smaku wykazuje, że kwas i gorycz dobrze odróżnia; odruchy w okolicy gardła i krtani okazują mniejszą pobudliwość, badanie jednak wziernikowe krtani nie wykazało żadnego porażenia. Czucie w zakresie nerwu troistego nie zamącone w żadnéj z jego gałązek; nerw oko-ruchowy nietknięty.

W czynnościach nerwów ruchowych znaleziono, że gałązki oczne górne nerwu twarzowego okazują lekkie porażenie niezupełne, więcéj po stronie lewéj, aniżeli po prawéj. Chory zamyka oczy z trudnością, nie może powiek mocno ścisnąć, po stronie lewéj pozostaje wyraźna szpara, lekki stopień *lagophthalmus*, przy czém można spostrzedz wybitną niewydatność mięśni okrężnych powiek, które przy każdém usiłowaniu zamknięcia otwierają się mimowolnie.

Zewnętrznie oczy nie przedstawiają nic nieprawidłowego; źrenica ma według badania Dra Macheka przy równoległych osiach 4 milimetry szerokości. Refrakcyja w obrazie prostym oznaczona jest prawidłową. Tarcza nerwu wzrokowego na obu oczach różowo-szara; odgraniczenie tarczy od dna oka nie jest ostre, naczynia żylne nie są grubsze. W obrazie prostym widać po obydwu bokach naczyń białe smugi, mające połowę szerokości samych naczyń, które po za brzegiem tarczy znikają. Na oku lewém taka biała smuga zasłania jedno z naczyń tętniczych. Obrzmienia tarczy na pewne wykazać nie można. Poczucie barw badane za pomocą tablic Stillinga prawidłowe, chory rozpoznaje ilość kropek próby 36téj Burchhardta. Wrodzona ociężałość nie dozwala choremu nadania twarzy tego wyrazu, który powstaje skutkiem ruchu mięśni delikatniejszych, jakiemi są mięśnie marszczące brwi i mięśnie czołowe.

W ruchach głowy, oprócz pewnéj niezgrabnosci, nie można dostrzedz żadnych zboczeń u naszego chorego; mięśnie zaś karkowe i szyjne, które za pomocą dotyku wyśledzić można, jakoto: mięśnie kapturowe tudzież mostko-obojczyko-sutkowe zachowują przy odpowiednich ruchach zupełną kurczliwość.

Badanie obustronne nerwów twarzowych za pomocą słabego prądu indukcyjnego i stałego, wykazuje tak w zakresie nerwów jak i co do mięśni wszędzie prawidłową pobudliwość.

Wreszcie spostrzeżono niedowład w lewéj połowie ciała, którego skazówką jest pewna sztywność w ruchach tak od nogi górnéj jak dolnéj po stronie lewéj, bez cechy osłabienia, któren jak to już wyżéj nadmieniono powstał w dziecięctwie. Chory się czasem zatacza i powiada, że przy chodzeniu czuje zawrót głowy jakby był pijany, tudzież zdaje mu się chwilami, że upadnie.

Wszelkie ruchy ramienia lewego zgodne są z ruchami ramienia prawego; w zakresie mięśni nie można nigdzie dostrzedz zupełnego zboczenia.

Oprócz zmian powyższych znaleziono w prawym kąciku ust nader rozległe kłykciny wilgotne, po nad powierzchnię sąsiednią wyniosłe, pokryte wypociną białawo-szarą i przechodzące częściowo na wargę ust górną i dolną. Podobne zmiany napotykamy na łukach podniebienno-gardzielowych, obok mocnego zaczerwienienia języczka i łuków podniebienno-językowych. Na dolnéj powierzchni prącia znajduje się jedna kłykcina wilgotna w postaci ekskoryjacyi, otoczona obwódką siną, w ujęciu daje się w tém miejscu wyśledzić małe zgrubienie skóry; zmiany powyżéj opisane trwają od dwóch tygodni. Na wewnętrznéj powierzchni uda lewego kilka plam ciemnych barwikowych, prawdopodobnie jako ślad po kłykcinach wilgotnych. Gruczoły karkowe obustronnie powiększone, od wielkości grochu do wielkości migdałka dochodzące, barkowe (po jednym z każdéj strony) obrzękłe, gruczoł barkowy lewy dochodzi do wielkości orzecha laskowego, spójności podatnéj, pachwinowe po stronie prawéj nieznacznie powiększone.

Ciepłota ciała 37·5, tętno 84. Badanie moczu nie wykazało żadnéj nieprawidłowości.

Na zasadzie tedy objawów powyższych rozpoznano: „*Neuritis optica oculi utriusque; paresis nervi facialis utriusque lateris et ramorum oris et palpebrarum; paresis ramorum oris praevalet in latere dextro, oculorum in latere sinistro. Paresis veli palati mollis et musculorum faucium. Syphilis secundaria recens recidiva sub forma condylomatum latorum ad angulum oris dextrum, arcus palatopharyngeos et ad cutem penis. Adenitis nuchalis et cubitalis ambilateralis mediocris, inguinalis dextra levis. Anarthria.*“ (Dok. nast).

III. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

Doświadczenia nad zmianami ciał wprowadzonych do żołądka były przeważnie robione w celu śledzenia chemizmu trawienia w tym narządzie. Doświadczenia w tym kierunku robione na zwierzętach uskuteczniano w ten sposób, że podwiązując odźwiernik, wprowadzano do żołądka badane ciało, poczém zabijając zwierzęta po pewnym czasie oznaczono w treści żołądkowéj zaszłe zmiany. Na człowieku uskutecznili doświadczenia w nowszych czasach nad trawieniem żołądka: Kretschy, Uffelmann i Ch. Richet używając indywiduów z przypadkowemi przetokami żołądkowemi. Doświadczenia w celu zbadania wessania ciał w żołądku są mniéj liczne i przedsiębrane li tylko na zwierzętach w powyżéj wspomniany sposób. Tiedemann i Gmelin stwierdzili znikanie cieczy wodnistéj z mleka w żołądku podwiązanym; Bouley i Caulin strychninu, Wildt w ogólności przetrawionych pokarmów a ostatecznie oznaczył H. Tappeiner przez doświadczenia (*Zeitschrift f. Biologie* B. XVI, p. 500) wykonane na psach i kotach wessanie cukru gronowego, siarkanu sodowego, tauryny i peptonu w żołądku. Wyniki z tych doświadczeń zwierzęcych dadzą się tylko ze zastrzeżeniem przenieść na człowieka, a nadto połączone z rękoczynami pociągającemi za sobą zmiany patologiczne w czynnościach żołądka nie zapewniają czystych wypadków. Z drugiéj strony ścisłe doświadczenia na żołądku ludzkim wyma-

galyby chyba wiwisekcyi; gdyż aby oznaczyć ilość wessanego ciała, potrzeba znać ilość ciała, jaka ubyła przez odźwiernik i całkowitą pozostałość w żołądku a oznaczenia te na człowieku są niewykonalne. Pozostaje tylko możność oznaczania odsetkowego ciał zawartych w płynnéj części żołądkowéj wyciągniętéj za pomocy sondy. W jaki sposób i o ile zaszłe zmiany w płynie wprowadzonym a potém wydobytym ze żołądka dadzą się użyć do oznaczenia chłonięcia żołądkowego, wykaże następująca rozprawka.

Wprowadzając do żołądka roczyn dwóch soli A i B, których treść odsetkowa w rozczynie wynosi $a\%$ i $b\%$, to stosunek mięszaniny będzie $a : b = r$. Jeżeli ten rozczyn dostanie się do żołądka, rozcieńczy się on przez tam znajdującą się już ilość płynu, jakoteż i przez sok żołądkowy, ciągle się wydzielający, następnie jeżeli rozczyn przez czas doświadczenia przez odźwiernik przechodzić będzie, to w razie gdyby chłonięcie żołądkowe miejsca nie miało, treść odsetkowa obydwu soli w rozczynie zmieni się na a_1 i b_1, lecz w obec działania tych samych warunków na obydwie sole równocześnie stosunek mięszaniny zostanie ten sam t. j. $a_1 : b_1 = r$, który to stosunek zostanie również ten sam, gdyby obydwie sole w równym stosunku zostawały wessane. Jeżeli jednak chłonięcie obydwu soli w żołądku nie następuje w tym samym stosunku, to i treść odsetkowa obydwu soli w rozczynie nie będzie a_1 i b_1 tylko np. a_2 i b_2 a wykładnik stosunku $a_2 : b_2 = \rho$ różny od wykładnika r. Im więcéj wartość dla ρ różni się od r, tém większa zmiana w mięszaninie rozczynów, tém większą jest różnica między chłonięciem soli A i B; dla tego zmiany zaszłe w stosunkach $a : b$ i $a_2 : b_2$ a względnie wielkość ich wykładników r i ρ mogą posłużyć do ocenienia wessania żołądkowego dwóch soli względem siebie. Aby tą zmianę liczebnie przedstawić przypuśćmy, że obliczono $r > \rho$, co znaczy, że $a_2 < b_2$, czyli treść odsetkowa soli A względem soli B w cieczy żołądkowéj stała się mniejszą, niż tego wymaga stosunek $a : b$, wtenczas potrzeba, aby pierwotny stosunek mięszaniny soli w zadanym rozczynie utrzymać, stosunek a_2 i b_2, a właściwie zmniejszoną treść odsetkową a_2 soli A zostającą w rozczynie żołądkowym pomnożyć przez współczynnik α, wtedy będzie:

$$a_2\alpha : b_2 = r, \text{ ztąd } \alpha = \frac{b_2}{a_2} r = \frac{r}{\rho} \quad \text{I.}$$

Jeżeli zaś znaleziono $\rho > r$ z powodu, że $a_2 > b_2$, co znaczy, że treść odsetkowa b_2 soli B względem a_2 soli w cieczy żołądkowéj się zmniejszyła, to trzeba dla zrównania z pierwotnym stosunkiem $a : b$ rozczynu zadanego, stosunek $a_2 : b_2$ czyli właściwie b_2 pomnożyć przez współczynnik α; wtedy będzie:

$$a_2 : b_2\alpha = r, \text{ ztąd } \alpha = \frac{a_2}{b_2} \frac{1}{r} = \frac{\rho}{r} \; ; \text{ II.}$$

gdzie współczynnik α oznacza, ile razy treść odsetkowa jednéj soli względem drugiéj się zmniejszyła lub zwiększyła w cieczy żołądkowéj w porównaniu do pierwotnego stosunku mięszaniny w zadanéj cieczy, i służy oraz do zrównania obydwu stosunków ($a : b$ i $a_2 : b_2$) zmienionych przez wessanie żołądkowe, dla tego nazywam α z a m i e n n i k i e m tych stosunków.

Powyższe wyniki I i II dadzą się w przenośnéj formie w następujących wyrazach przedstawić: W przypadku jeżeli

$$\left.\begin{array}{l} r \gtrless_\alpha \rho, \text{ będzie } A \lessgtr_\alpha : B \\ \text{a jeżeli } r \lessgtr_\alpha \rho, \text{ będzie } A \gtrless_\alpha : B \end{array}\right\} \text{III.}$$

co czytać należy: t r e ś ć o d s e t k o w a a_2 soli A w c i e c z y ż o ł ą d k o w é j z m n i e j s z y ł a s i ę w z g l ę d e m t é j ż e b_2 s o l i B α r a z y w p i e r w s z y m p r z y p a d k u a zwiększyła się tyleż razy w drugim przypadku. Ubytek względny treści odsetkowéj soli w cieczy żołądkowéj przypisać należy li tylko wessaniu żołądkowemu, zatém i wnioskować należy, że wessanie soli, któréj ilość odsetkowa się zmniejszyła, we większéj ilości nastąpiło niż drugiéj, i to w tém większéj, im większą powstała zmiana między stosunkami $a : b$ i $a_2 : b_2$ t. j. im większy zamiennik α. Przenosząc przeto wyrazy z pod III. na oznaczenie niemi wielkości wessania względnego otrzyma się je we formie odwrotnéj, gdyż im mniéj soli w rozczynie pozostało, tém więcéj z niego zostało wessane i przeciwnie; wyrazy III zatém przejdą na:

$$A \gtrless_\alpha B \text{ i } A \lessgtr_\alpha B \text{ IV.}$$

co czytać należy: s ó l A z o s t a j e w e w i ę k s z é j (a w d r u g i m w y r a z i e w m n i e j s z é j) i l o ś c i w e s s a n ą n i ż s ó l B przy różnicy (granicy) liczebnéj α. Liczba α nie daje miary bezwzględnéj dla wessania soli A i B, gdyż ona jest zmienną, stosownie do czasu trwania doświadczenia a równocześnie zależną od stosunku wzajemnego, w jakim sole opuszczają żołądek przez odźwiernik. Jeżeli bowiem znajduje się w żołądku w początku doświadczenia rozczyn, w którym stosunek soli jest $a : b$, to w skutek chłonięcia nastąpi już zmiana tego stosunku

na $\alpha_1 : \beta_1$ i w tym stosunku część płynu przez odźwiernik odpłynie a nie w stosunku pierwotnym $a : b$. W następnéj chwili zmieni się stosunek $\alpha_1 : \beta_1$

na $\alpha_2 : \beta_2$ i w tym stosunku znów część płynu odpłynie. W trzeciéj chwili zmieni się

na $\alpha_3 : \beta_3$ i w tym stosunku część rozczynu przez odźwiernik odpłynie itd.

które to stosunki są zależne od współczynników wessania obydwu soli, które dla żołądka człowieka nie są znane. W różnych więc czasach przerywając doświadczenie znajdzie się stosunek między obydwiema solami $\alpha_1 : \beta_1$ w cieczy żołądkowéj różny, zatém i zamiennik α dla tych samych soli inny. Stosunek α_1 i β_1 zostałby w ciągu całego doświadczenia zawsze stały, gdyby odpływający przez odźwiernik rozczyn, także ciągle zachował stosunek zgęszczenia $\alpha_1 : \beta_1$, coby wtenczas tylko mogło mieć miejsce, gdyby pierwotny rozczyn obydwu soli był utworzony w stosunku ich dotąd nieznanych współczynników wessania żołądkowego.

Aczkolwiek zamiennik α dla tych samych soli jest zmienny, (bo w różnych fazach doświadczenia różny) i aczkolwiek ściśle nie da się powiedzieć, że ile razy treść odsetkowa soli A jest większą niż soli B co znaczy, że ten stosunek nie jest ściśle czysto odwrotnie proporcyjonalny, czyli używając wyrazów algebraicznych:

$A \lessgtr_\alpha : B$ nie da się stosując go do wessanéj ilości wprost przeciwnie napisać $A \gtrless_\alpha : B$, gdyż stosunek wessanéj ilości soli A względem soli B zostaje jeszcze, oprócz wpływu wessania w samym żołądku, zmodyfikowany przez ciągłą zmianę w stosunku mięszaniny wypływającéj przez odźwiernik cieczy, a będącą każdorazową wypadkową z pierwotnego stosunku $a : b$ i ze stosunku współczynników wessania żołądkowego dla obydwu soli; to zawsze wnioskować trzeba, że pod względem ilości wessania obydwu soli wyrazy $A \gtrless_\alpha B$ lub $A \lessgtr_\alpha B$ są zupełnie prawdziwe i znaczą, że ilość wessana soli A jest większą (w drugim wyrazie mniejszą) niż B przy różnicy α, gdzie α pozwala oceniać, o ile dwie sole zbliżają lub oddalają się od siebie pod wzglę-

dem wessania, gdyż im większe okazało się zmniejszenie odsetkowe soli A względem B w cieczy żołądkowéj (t. j. im większe jest α), tém więcéj (chociaż nie w tym samym prostym stosunku) z tego ubytku przypadnie na część wessaną soli A. Im więcéj α zbliża się do jedności, tém mniéj obydwie sole pod względem wessania (zatém i ich współczynniki wessania) od siebie się różnią; przy $\frac{r}{\rho} = \alpha = 1$ będzie $r = \rho$ t. j. zmiana w mięszaninie rozczynów nie nastąpiła, przeto i wessanie soli jest równe. Im więcéj α różni się od jedności czyli $\alpha > 1$, tém różnica we wessaniu dwóch soli będzie większa, gdyż i zmiana w mięszaninie rozczynów jest większa t. j. $r > \rho$.

Jeżeli daléj badając zachowanie się rozczynów raz soli A i B, drugi raz soli B i C przy tych samych warunkach w żołądku, przyjdzie się do wyniku:

$$A \underset{\alpha}{>} B \text{ gdzie } \alpha > \alpha_1,\ C \underset{\alpha_1}{>} B$$

to należy przypuścić, że jeżeli sole A i C bywają we większéj ilości wchłonięte niż sól B, a sól A w o wiele większéj względem B niż sól C, także wessanie soli $A > C$ bez wiadoméj jednak między niemi różnicy. Zatém porządek wessania tych trzech soli będzie: $A > C \underset{\alpha}{>} B$; jeżeli przeciwnie wypadek doświadczenia wykaże

$$A \underset{\alpha}{<} B,\text{ gdzie } \alpha > \alpha_1\text{; a } C \underset{\alpha_1}{<} B$$

to ponieważ sól C dla swéj mniejszéj różnicy znajduje się bliżéj soli najwięcéj wessalnéj B, to porządek w jakim te sole bywają wessane będzie następujący: $B \underset{\alpha_1}{>} C > A$.

Jeżeli zaś dwa doświadczenia z rozczynami o dwóch różnych solach A i B, C i D uskutecznione jednak przy tych samych warunkach wykazują:

$$A \underset{\alpha}{>} B,\text{ gdzie } \alpha > \alpha_1,\ C \underset{\alpha_1}{>} D$$

to można tylko ten wniosek na wessanie tych soli uczynić, że ilość wessanéj soli A względem B wynosi więcéj, niż soli C stosunkowo do D; dalsze porównanie byłoby tylko możliwe, gdyby przez trzecie doświadczenie oznaczono tylko np. $B \underset{\alpha_2}{>} D$.

Według powyższych przewodnich myśli, które jeszcze na pierwszym szczegółowym przypadku bliżéj objaśnię, wykonałem poniżéj przytoczone doświadczenia z kilkunastoma różnemi rozczynami solnemi pojedynczemi i złożonemi na 28-letnim mężczyźnie usposobienia hypochondrycznego, nie mającego żadnych przedmiotowych zmian chorobowych ze strony żołądka. Inicyjatywę i wskazanie kierunku dla niniejszych doświadczeń zawdzięczam prof. Leubemu w Erlandze, gdzie uczęszczając na jego klinikę w roku zeszłym rozpocząłem tam w pracowni klinicznéj podręcznéj doświadczenia nad zachowaniem się siarkanu sodowego i magnowego w żołądku ludzkim. Lecz właściwéj pracy dokonałem tutaj w mojéj pracowni ze zastosowaniem wszelkich ostrożności przy wykonaniu samych doświadczeń i rozbiorów chemicznych, mogących wpływać na ścisłość wyników. Badany mężczyzna przychodził pieszo z odległości dwóch kilometrów do pracowni w stanie czczym rano. Na wieczór jadł tylko płynne pokarmy (polewki, mleko) a na rano w czasie doświadczeń ani razu nie znaleziono resztek pokarmów. O pewnéj godzinie rano wypijał odmierzoną ilość rozczynu (zwykle 500kcm.) chemiczne czystych soli, poczém zwykle siedział cały czas aż do wypróżnienia żołądka za pomocą sondy kauczukowéj miękkiéj przy pomocy pompy aspiracyjnéj wodnéj, w tym celu umyślnie urządzonéj. Ciecz ze żołądka aspirowano dopóty, dopóki po kilkakrotnych bezskutecznych usiłowaniach nic więcéj ze żołądka wydostać nie można było. Doświadczenia przedsiębrano co drugi dzień.

Wyniki, jakie z poniżéj przytoczonych doświadczeń wypadają, są następujące:

1. W żołądku człowieka następuje chłonięcie pojedynczych soli i to w różnym stosunku zależne od ich składu chemicznego. Pod względem chłonięcia żołądkowego tworzą badane sole następujący szereg:

$$H_2MgCO_3 > HNaCO_3 > Na_2SO_4 > MgSO_4 > Na_2HPO_4$$
$$> KCl > FeCL_2 > NaCl$$
$$„ > Na_2CO_3,\ MgCl_2 > „$$

w którym to szeregu każda następująca sól bywa w mniejszéj ilości wessana od poprzedzającéj.

2) Węglany kwaśne bywają najszybciéj wessane dośw. *s, t*); chlorki najpowolniéj szczególnie $FeCl_2$ (dośw. *w, z*); siarkany zajmują miejsce środkowe.

3) Różnica między chłonięciem dwóch soli staje się wybitniejszą, im dłużéj płyn pozostaje w żołądku.

4) Obecność kwasów w żołądku (przez co się tworzą sole kwaśne) przyspiesza wessanie soli, a różnica chłonięcia pojedyńczych soli względem siebie staje się wybitniejszą (dośw. *k, z*).

Kw. węglowy nadto przyczynia się do wcześniejszego wypróżnienia żołądka (dośw. *p, s*); podczas gdy alkaliczność rozczynu opaźnia wypróżnienie żołądka (dośw. *o, r*).

Wprowadzony kw. solny do żołądka zwiększa jego kwasotę (dośw. *k*).

5) Obecność soli kuchennéj w cieczy żołądkowéj ani nie przyspiesza wypróżnienia żołądka (dośw. *o, p, s, t*), ani nie powiększa wydzielania się kwasu solnego przez błonę śluzową (dośw. *o, p, r*), owszem działa w obydwu kierunkach ujemnie.

6) Ilość wydzielonego chloru w żołądku powiększa się α) z alkalicznością rozczynu (dośw. *k, o, p, s*); β) z dłuższém przebywaniem rozczynu w żołądku (dośw. *h, i, j*).

7) Woda przekroplona wprowadzona do żołądka sprawiła wydzielanie się treści kwaśnéj (kw. solnego) i to o tém większéj kwasocie, im jéj ciepłota jest niższą (dośw. *d, e, f*.)

8) Po upływie godziny pozostaje jeszcze w żołądku taka ilość rozczynu soli (zadanego w ilości 500kcm.), że może być jeszcze sondą wyciągnięta (dośw. *i*); podczas gdy po wprowadzeniu téj saméj ilości wody przekroplonéj już po upływie pół godziny mało co wyciągnąć można było (dośw. *d*).

9) Ruch ciała (chodzenie) przyspiesza wypróżnianie się żołądka (dośw. *a, b*).

10) Kwas i zasada téj saméj soli zostają w innym stosunku wessane aniżeli się znajdują w zadanéj soli, jeżeli ta doznaje zmiany chemicznéj w treści żołądkowéj (dośw. *l. m*).

Przytoczone wyniki są wyprowadzone z doświadczeń li tylko na jednem indywiduum wykonanych, mogą więc być bardzo zależne od zmian indywidualnych, dla tego należy je tylko ze zastrzeżeniem uważać jako ogólne. Chociaż z drugiéj strony, jako będące wykonane pod temi samemi warunkami, dają możność porównania ich między sobą.

Aby dojść do najkorzystniejszych warunków badania przedsięwzięto szereg doświadczeń wstępnych z wodą przekroploną i rozczynami solnemi, z których niektóre z powodu otrzymanych wyników są pouczające. (C. d. n).

(C. d. n).

IV. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Akt III. operacyjny. Wycięcie chorego odźwiernika.

W tym akcie różni się mój sposób operowania od Billrotowskiego. Podczas gdy ja zamknięcie przeciąć się mającego światła za pomocą narzędzi uważam za koniecznie potrzebne, Billroth twierdzi, że to jest zbytecznem. W ostatnim czasie atoli już i Billroth zaczyna zamykać światło dwunastnicy za pomocą tymczasowej podwiązki jedwabnej, a Wölfler, który nie dawno temu głosił, że zalecane przezemnie zamykanie światła jest wcale a wcale niepotrzebnem, opisuje je teraz jako bardzo użyteczną pomoc. (*Ueber einen neuen Fall von gelungener Resection des carcinomatösen Pylorus, Wien. med. Woch.* 1881 Nr. 51).

W pracach moich powyżej wspomnianych starałem się już dawniej dowieść, jak użytecznem i łatwem jest zamknięcie światła za pomocą narzędzi, to samo zalecał i Wehr, a Albert nazywa to w swoim podręczniku dobrą myślą, tak że teraz tylko kilka słów potrzebuję tej kwestyi poświęcić.

Nikt o tem nie wątpi, że już kilka kropli treści żołądko-jelitowej wystarcza do wywołania śmiertelnego zapalenia otrzewny. Nikt też nie może zaprzeczyć, że zostawiając otwartem przecięte światło, nigdy nie możemy być zupełnie pewni, żeby podobne nieszczęście nie mogło nam się nigdy wydarzyć. Jak łatwo może chory niespodziewanie się poruszyć, jak łatwo mogą nagle wymioty wystąpić i zupełnie niespodziewanie z otwartego światła przeciętej dwunastnicy lub żołądka pewną ilość treści nagle do jamy brzusznej wylać. W 2gim moim przypadku, gdzie dla osobliwszych stosunków byłem zmuszony porzucić uciskadło na dwunastnicy, widzieliśmy podczas operacyi, jak od czasu do czasu mała ilość płynu żółcią zabarwionego z dwunastnicy wypłynęła bez żadnego poruszenia ze strony chorego, a jeden asystent był całkiem zatrudniony pilnem strzeżeniem przeciętego światła, ażeby nic nie wpłynęło do jamy otrzewnowej. Że nie zawsze uda się temu zapobiedz mimo największej uwagi, tego dowodzi przypadek Nicolaysena (Nr. 6), w którym *„pendant l'operation un liquide de couleur bilieuse repassa le duodénum, et une goutte coula quelque peu sur la surface peritonéale de l'intestin.“* Wprawdzie natychmiast starto płyn; o ile atoli to wystarczy, żeby chorego uchronić od zapalenia otrzewny, nad tem nie potrzebuję się rozwodzić. Przy badaniu pośmiertnem znaleziono płyn żółciowy na dwunastnicy, podług zdania Nicolaysena przesiąkł on przez ściany pęcherza żółciowego(?!)

Jeżeli więc Billrothowi w jego 5, resp. z Wölflerowskim, 6 przypadkach zawsze szczęście służyło i nigdy nic z treści jelitowej nie wypłynęło, to tylko dowodzi, że ma bardzo zdatnych i uważnych asystentów, ale wcale nie dowodzi, żeby mu się w przyszłości nigdy zdarzyć nie mogło.

Nie widzę żadnej przyczyny, dlaczegobym się miał dobrowolnie pozbawiać środka pomocniczego i zabezpieczającego, ażeby podczas znacznej części operacyi kłopotać się o możliwy wypływ treści jelitowej, kiedy równocześnie jestem zajęty innemi nie mniej ważnemi i trudnemi rękoczynami. Takie opuszczenie byłoby jeszcze tem więcej nieuzasadnione, jeżeli posiadamy narzędzie, które pewno, łatwo i bez wielkich zabiegów to zadanie wypełnia. Uznał to też Billroth, jak już wspomniałem, co do dwunastnicy, spodziewajmy się, że wkrótce pochwali i co do żołądka.

Kto na żołądek założył elastyczne uciskadła, tego już nie będzie kusiło wypłókiwać go kwasem salicylowym lub wycierać gąbkami, co uważam za niedozwolone, bo mogłoby czasem nieszczęśliwym sposobem kilka kropli wypłynąć lub skapnąć do jamy brzusznej.—Po dokładnem wypłókaniu żołądka wodą salicylową przed rozpoczęciem operacyi nie potrzebujemy się obawiać pozostawionej małej ilości płynu; odwietrzona treść żołądka nie wywrze złego wpływu na ranę. Wszak i tak nie jesteśmy w stanie ani na krótki czas uchronić rany od zetknięcia się czy to z szybko wytwarzającym się sokiem żołądkowym, czy też treścią dwunastnicy.

Nasze postępowanie jest więc w tym akcie następujące:

Po zupełnem oddzieleniu guza kładziemy pod niego małą kompresę z przeciwgnilnej gazy, umaczanej w ciepłym 2% rozczynie karbolowym. Następnie nakładamy elastyczne uciskadła, co się zupełnie dobrze udaje bez dalszego oddzielania przyczepów sieci, jak do miejsca, gdzie zamierzamy ściany przeciąć. Gdyby wyjątkowo miała jaka trudność pod tym względem zachodzić, natenczas możemy nitkę gumową przez sieć po obu stronach pręcików przeciągnąć i zawiązać, przez co zarazem zabezpieczymy się od przypadkowego zesunięcia uciskadeł. Jeżeli żołądek mamy przeciąć skośnie w sposób, jak to powyżej opiszę, natenczas zakładamy i uciskadła na niego skośnie pozostawiając pomiędzy niemi a guzem przeszło $1\frac{1}{2}$ cm. zdrowej tkanki. Ściany dwunastnicy i żołądka przecinamy tak, że $\frac{3}{4}$ cm. wystaje z uciskadeł. W tym momencie, kiedy operator przecina ścianę, asystent odkłada przecięty koniec na zewnątrz po nad ściany brzuszne i oczyszcza światło tamponikami i spłókaniem. Zwykle przecinamy najprzód ściany żołądka. W ten sam sposób postępujemy przy dwunastnicy. Wywijającą się po przecięciu błonę śluzową obcinamy porówno *(en niveau)* z innemi warstwami ściany żołądkowej resp. dwunastnicy. Teraz tamujemy dokładnie krwotok, zakładając na małe tętniczki ścian w razie potrzeby podwiązki z cienkiego katgutu. Następnie wypada mi pomówić i o wyrównaniu nierównie szerokich świateł. Po prostopadłem przecięciu ścian żołądka i dwunastnicy brzegi nie stosują się do siebie. Gussenbauer i Kaiser (l. c.) w swoich doświadczeniach połączyli poprostu pozostające brzegi żołądka ze sobą tworząc tym sposobem wstawkę u dołu. W ten sam sposób postąpił sobie Billroth w 2gim swoim przypadku, jak to pokazuje fig. VI. *a* i *b*. dokładnie podług Wölflera (l. c.) skopiowana. Przypadek ten zarazem dowodzi, jak złem jest to postępowanie: u dołu tworzy się torba, w której się potrawy zatrzymują. Jeśli dołączy się do tego jeszcze choćby nieznaczne zagięcie *(Abknickung)* lub przekręcenie *(Axendrehung)* na miejscu połączenia, natenczas następuje zupełna niedrożność, żołądek wcale nie może się wypróżnić, występują wymioty, jak w przypadku Billrotha i chory musi umrzeć. Tego się z góry obawiałem w pierwszym moim przypadku i dlatego użyłem sposobu zwężeń światła żołądkowego, jaki później z małą zmianą i Billrothowi służył, a teraz ogólnie jest przyjęty. Widząc po zeszyciu dwunastnicy z żołądkiem, że pozostaje u dołu jeszcze dużo wolnego brzegu żołądka, a obawiając się, żeby w powstałej przez zeszycie tych wolnych brzegów wstawce nie zatrzymywały się potrawy, ściąłem je skośnie, wyciąłem więc trójkąt z wielkiej krzywizny żołądka, którego jedno ramię tworzyły nadstające wolne brzegi żołądka; przez to otrzymałem postać

żołądka podobną do prawidłowéj (zob. fig. I. *a* i *b*.)[1]) Przecięcie żołądka przedstawiało więc liniję skośno-kątną, przebiegającą od prawéj strony i góry, ku lewéj i dołowi. — Na X. Zjeździe chirurgów w Berlinie dnia 8 kwietnia 1881 r. opisywałem sposób przecinania żołądka, jaki przedstawia fig. III. *a* i *b*., którą wtenczas kolegom przedłożyłem (*Ueber Magenresection mit Demonstration von Praeparaten, Verhandl. d. Dt. Gesellschaft f. Chirurgie X. Congress.*) Tu poprowadziłem cięcie od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi, a dwunastnicę połączyłem z wielką krzywizną. Zupełnie podobnego cięcia użył Billroth w 3cim swoim przypadku przekonawszy się o złowrogiém znaczeniu wstawki u dołu przy pośmiertném badaniu swego drugiego przypadku: przeciął on ściany żołądka skośnie (bez kątowego złamania linii) od góry i lewéj strony ku dołowi i prawéj stronie, a dwunastnicę téż przyszył do wielkiéj krzywizny (fig. IV. *a* i *b*). Jeżeli zaś dwunastnicę wypada przyszyć do małéj krzywizny, natenczas przecina skośnie od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi. (Fig II. *a* i *b*). Wölfler (l. c.) chyba nie zrozumiał mnie twierdząc, że sposób p ó ź n i é j we Wiedniu używany zasadniczo różni się od mojego. Potrzebujemy tylko porównać załączone rysunki, z których przedstawia fig. I. *a* i *b*, i fig. III. *a* i *b* mój sposób, a fig. II. *a* i *b* i fig. IV. *a* i *b*, daléj fig. V. *a* i *b*. sposób we Wiedniu używany: a na pierwszy rzut oka przekonamy się o podobieństwie tych rycin, a fig. I. *b* i II. *b*., daléj fig. III *b* i IV. *b*, nawet są jakby zupełnie te same. Główna różnica polega tylko na odmiennéj nazwie sposobu: podczas gdy ja oznaczam wyciętą część, to Wölfler podaje przebieg cięcia. Powstało to ztąd, że w pierwszym moim przypadku (fig. I. *a* i *b*) nie miałem gotowego sposobu operowania, ale musiałem go sobie wytworzyć na stole operacyjnym, i dlatego téż nie przeciąłem ścian żołądka odrazu w kierunku linii *a*, *b*, *c* (fig. I. *a*). (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: O gruźlicy utajonej.

Widać, że jeszcze dalecy musimy być od prawdziwego poznania gruźlicy, skoro o chorobie, którą znamy od przeszło dwóch tysięcy lat, pojęcia dotychczas ustalić nie możemy, odkrywając ciągle nowe szczegóły, skoro dzień jutrzejszy obala to, co dziś uchodzi jako pewnik. Przed niedawnym jeszcze czasem nazwanoby grubém nieuctwem identyfikowanie suchót płucnych i gruźlicy płuc, a oto dziś przychodzi nam zdać sprawę z pracy, któréj myślą przewodnią jest owa zasada a któréj autor z całą stanowczością broniąc swych zapatrywań przenosi nas w czasy L a ë n n e c a. Długie lata utrzymywał się w nauce pewnik o istnieniu tylko suchót gruźliczych, jak to głosił Laënnec. Widziano rzeczywiście tylko postać ziarnistą gruźlicy, dziś zwaną prosówkową oraz postać jéj naciekową, któréj zejściem bywa „zniszczenie, owrzodzenie płuc“, z wytwarzaniem się jam rozpadowych, nadających płucu owo cechujące wejrzenie. Suchoty były niemocą swoistą, a przekonanie, że właściwie istnieje tylko jeden rodzaj suchót, było ogólném, wyrażeń gruźlica płuc i suchoty płucne używano *promiscue* na oznaczenie téjże saméj sprawy chorobowéj. Dopiero w połowie stulecia bieżącego Virchow ocenia należycie znaczenie gruzełka, wykazuje, że przeistoczenie sérowate właściwém jest nietylko gruzełkom, gruźliczym wytworom, lecz w ogóle produktom zapalnym, że serowacenie jest jedną z postaci przeobrażeń wstecznych. Ztąd wiele „gruźlic płucnych“ uważa za sprawy zapalne, które tylko swém zejściem ostateczném i wejrzeniem podobne są do właściwéj gruźlicy płucnéj, lecz co do istoty jednakże ściśle należy rozróżnić *Phthisis pulmonum* od *Tuberculosis*. Tylko pewna ilość przypadków suchót płucnych jest „gruźliczą“, zazwyczaj mamy przed sobą tylko przewłoczne serowate zapalenie płuc i oskrzeli (*Bronchopneumonia caseosa*). Suchoty płucne mogą być tedy dwojakie, albo polegające na sprawie swoistéj, gruźliczéj, albo na różnorodnych sprawach zapalnych (*tuberkulöse u. entzündliche Lungenphthise*, jak Niemcy się wyrażają).

Gruzełek jest nowotworem do grupy „ziarniaków“ (*Granulomata*) należącym, i jest podstawą zmian w płucach „gruźliczych“. Zmiany sérowate, rozpadowe, tylko w tym przypadku możemy uważać jako gruźlicze, jeżeli ich bezpośredni związek z gruzełkami wykażemy.

Doświadczalna patologija wykryła znaczenie swoistych mas serowatych, jako istoty jad gruźliczy zawierającéj, wykazała, że gruźlica jest chorobą przenośną, infekcyjną, swoistą, wykryła w końcu i związek zachodzący między suchotami a gruźlicą płuc, nie mieszcząc wszelako ścisłych granic między niemi. Był czas nawet, gdzie usiłowano jeszcze jaskrawsze podawać różnice, gdzie przyjmowano masy serowate swoiste, z gruzełków pochodzące i gruźlicę produkujące, i masy serowate nieswoiste, które właśnie tém się cechowały, że nigdy gruźlicy zapomocą nich, drogą doświadczalną sprowadzić nie można było. Wyrazem téj dwoistości był przedewszystkiém ogólnie przyjęty podział zmian suchotniczych płuc na gruźlicze i niegruźlicze.

Dualizm wprowadzony przez Virchowa do nauki o suchotach płucnych, przecież, pomimo niezwykłego znaczenia i czci dla inicyjatora, nie ostał się.

Przedewszystkiém odkrycie gruzełków, owych specyficznych znamion gruźlicy, w takich sprawach chorobowych, w których nie przypuszczano gruźlicy, lub wręcz ją wykluczano, zachwiało mocno swoistém znaczeniem tych guzków. Przypominamy odkrycie gruzełków w grzybowatém zapaleniu stawów przez K ö s t e r a (*Arthritis fungosa*), daléj w zołzowym guzie gruczołowym przez S c h ü p p e l a niemniéj w produktach przy *ostitis* i *osteomyelitis caseosa*, w ropniach i owrzodzeniach u chorych zołzowych (K ö s t e r, F r i e d l ä n d e r, zaś ze strony klinicystów chirurgów V o l k m a n n, H ü t e r, K ö n i g.

Dalsze poszukiwania z dniem każdym wzbogacały ilość chorób pojęciem gruźlicy objętych. Przekonano się, że i przy wielu sprawach zapalnych wypocinowych, przewłocznych, sadowiących się na błonach surowiczych, również znachodzą się gruzełki, szczególniéj w tych przypadkach, gdzie wypocina serowacieje. We Francyi i Niemczech pojawiają się rychło poglądy zaliczające w końcu i suchoty płucne (*Phthisis caseosa*) do gruźlicy, identyfikujące obie choroby, tak jak to na początku stulecia naszego już Laënnec czynił.

Praca z któréj obecnie sprawę zdać mamy (B a u m g a r t e n: *Über latente Tuberculose, Volkmanns Sammlung* Nr. 218) stara się również wykazać, że nie masz różnicy między suchotami „zapalnemi a gruźliczemi“ (*entzündliche u. tuberkulöse Lungenphthise*). — B a u m g a r t e n, po udowodnieniu tego zadania, przechodzi dopiero do swego założenia właściwego do „gruźlicy utajonéj“. Jakkolwiek dowody nie wszystkie są nowe, to przecież po raz pierwszy spotykamy

[1]) Ryciny podamy w końcu. *Red.*

się z krytycznêm i na rozległêm własnêm doświadczeniu opartêm zdaniu, oświadczającêm się bez ogródki za identycznością obu wyżéj wymienionych chorób płucnych. [1]).

Z obszernych wywodów autora dadzą się wyprowadzić następujące wnioski, które zarazem uważać można za ścisle dowody dla zdania, że obok „gruźliczych suchot" i suchoty płucne, na zapaleniu polegające, również są przyrody gruźliczej.

A) Dowody histologiczne. Friedländer już w 1873, Rindfleisch i Köster nieco później, a w końcu autor sam, na podstawie kilkoletnich doświadczeń, wykazali, że „przy wszystkich postaciach zapaleń płucnych suchotniczych można stwierdzić obecność prawdziwych gruzełków wpośród utkania płucnego, które uległo proliferacyi zapalnej". B. wypowiada przy téj sposobności zdanie, że gruzełek nie jest, jak sądził Virchow, nowotworem swoistym, lecz tylko „przewłocznêm drobniutkiêm ogniskiem zapalnêm". Komórki olbrzymie znachodzą się zawsze wśród serowatych zapaleń płuc suchotniczych, tak ogniskowych, prosówkowych zapaleń, jak w rozległych naciekach serowatych i guzach. Komórki tedy olbrzymie nie mogą stanowić różnicy. Lecz istnieją jeszcze inne ważne okoliczności. I tak przypuszczamy, że gruzełek prosówkowy różni się tak od ognisk zapalnych nieswoistych, sztucznie wywołanych, jak i od ognisk zapalnych, tworzących się w ustroju z innych przyczyn, własnością znaną od dawna, a tą jest skłonność do przeistoczeń serowatych. Otóż właściwość ta nader wybitnie, i w ten sam sposób zjawia się i przy zapaleniach płuc suchotniczych, nie różniących się zatêm i w tym względzie od suchot gruźliczych. Dalszy szczegół, na który Virchow kładł nacisk, jest szczególniejsze usadowienie się spraw gruźliczych. W zapaleniach płuc serowatych sprawa rozwija się wśród pęcherzyków i oskrzeli płucnych, podczas gdy zmiany gruźlicze polegają na bujaniu tkanki kołooskrzelowéj. W zasadzie B. zgadza się z têm zapatrywaniem, lecz na podstawie swego doświadczenia twierdzi, że i w serowatych zapaleniach płuc suchotniczych znajdował nacieki i bujania tkanki kołooskrzelowéj, jak i na odwrót nieraz i w typowéj gruźlicy płucnej w samych już początkach „wypełniają się przestwory pęcherzykowe i światła najdrobniejszych oskrzelików utkaniem gruźliczêm" (str. 5). Tyle zaś istnieje form przejściowych od „prosówkowych serowatych zapaleń płuc" Virchowa do jego prawdziwéj gruźlicy prosówkowéj płuc, że niepodobna nieraz rostrzygnąć, do któréj z tych kategoryj zaliczyć dany przypadek.

I rozmiary, w jakich wytwory spraw chorobowych się przedstawiają, nie przemawiają za odłączeniem suchot od gruźlicy. Znamy przecież postać prosówkową serowatych zapaleń płuc, jak z drugiej strony wiadomo, że i właściwa gruźlica płuc w postaci jednolitych, znacznych guzów przedstawić się może. (Dok. nast).

Virchow: O gruźlicy i o krwotokach płucnych.

Dziwnêm uczuciem przejmują słowa ludzi genijalnych, wyznaczających całym generacyjom punkta wytyczne dla pracy, przyświecających długie dziesiątki lat kierunkom badań. Nadzwyczajnego wpływu i wyjątkowego znaczenia Virchowa nikt nie zaprzeczy. To też ilekroć razy odezwie się publicznie czy na mownicy poselskiéj, czy w gronie uczonêm, skwapliwie chwyta się każde słówko, każdą myśl tego męża, u którego nie wiedzieć co bardziéj podziwiać, czy wiedzę iście fenomenalną, czy dar badawczy, czy rzutność i gotowość młodzieńczą do prac choćby i najcięższych. Świeżym dowodem jego pobyt na Wschodzie, gdzie przy sposobności między innemi miał wykład o gruźlicy i o krwotokach płucnych. Dotąd nigdzie Virchow tak wyczerpująco nie przedstawił swych własnych poglądów na te sprawy, potrzeba było posiedzenia Tow. lekarzy kaukaskich w Tyflisie [1]). Jakkolwiek nie jeden szczegół jest znanym, to przecież zasługują uwagi autora na podaniu ich szerszym kołom, choćby tylko dlatego, że przedstawiają obecne osobiste poglądy Virchowa. Pominąwszy krwotoki płucne wśród skorbutu, wad sercowych, cierpień urazowych, twierdzić można, że wszelki krwotok płucny polega na owrzodzeniu. Mylnêm jest zdanie, jakoby krwotok taki mógł czasem być wynikiem zadrażnienia błony śluzowéj. „Jako zasadę oświadczam, że krwotok znaczy wrzodzenie," powiada Virchow. Przedewszystkiêm należy się rozpatrzeć w stosunkach, wśród jakich owrzodzenia w przebiegu suchót się rozwijają. Autor przypomina, że od dawna sprzeciwia się pojmowaniu Laënneca, jakoby suchoty wszelkie były przyrody gruźliczéj (zob. referat z pracy Baumgartena „o gruźlicy utajonéj" umieszczony powyżéj). Otóż zdaniem T. był to błąd równie olbrzymi, jak wielką była sława Laënneca. Nie mniéj dziwnêm znajduje autor i to, że podział na gruźlicę naciekową i ziarnistą (granulacyjną) tak długo mógł utrzymać się. Granulacyja a naciek są to jednak rzeczy zupełnie odrębne. Przeświadczenie o têm widocznêm się staje dopiero wtedy, gdy V. wystąpił przeciw innéj illuzyi dotyczącéj gruzełka prosówkowego. Gruzełki t. zw. prosówkowe płuca w rzeczywistości wcale nie są gruzełkami. Gruzełek prawdziwy pierwotnie jest daleko mniejszym niż ziarno prosa *(milium)*, jest on *„submiliaris,"* a gdy istotny gruzełek dochodzi czasem do rozmiarów ziarna prosa, to można przypuścić, że gruzełek ten z kiku ziarn „submiliarnych" się składa.

Gruzełki (*submiliare Tuberkel)* zjawiają się w płucach w dwóch postaciach. Jedna odnosi się do t. zw. gruzełka oskrzelowego rozwijającego się w saméj ścianie oskrzela, najczęściéj w błonie śluzowéj, i przechodzącego szybko we wrzodzenie. Należy go uważać przynajmniéj *in praxi* jako nieuleczny. W miejscu têm rozwija się wrzód w postaci „dołeczka soczewkowatego," w którego sąsiedztwie wytwarzają się nowe guzki rozpadające się i zwiększające ubytek dawniejszy, tak że wreszcie i cała ściana oskrzela zostaje zniszczoną a rozpad przechodzi na tkankę kołooskrzelową. W jéj sąsiedztwie rozwijają się sprawy zapalne *(pneumonia)*, zę skłonnością do ropnego rozpadu. Są to sprawy stanowczo niegruźlicze. Dopóki sprawa chorobowa dotyczy oskrzeli i tkaniny kołooskrzelowéj, nie ma prawdziwego krwioplucia. Inaczéj ma się rzecz, gdy sam miąższ płuca zostaje zniszczonym. *(Ulceralio intralobularis)*.

Druga postać przedstawia się jako gruźlica opłucnéj i tkanki łącznéj śródmiąższowéj lub nowowytworzonéj, sprawa, która nie wymaga teraz omówienia. Dla autora *„Bronchitis et bronchiolitis tuberculosa"* jest najistotniejszym wyrazem suchót gruźliczych *(Phthisis tuberculosa)*.

Nim o krwotokach mówi, określa jeszcze V. właściwości serowatych zapaleń płuca. Posłuchajmy, co V. o nich mówi:

To co Laënnec nazwał naciekiem gruźliczym, jest spra-

[1]) Por. prace, które ogłosili Charcot, Lépine, Grancher, Cornil, Buhl etc.

[1]) Virchow mówił o zakładach zdrowotnych Kaukazu i o znaczeniu tychże dla suchotników. Podajemy tylko w streszczeniu to co w ogóle dotyczy gruźlicy.

wą zupełnie różną od poprzednio opisanéj. V. zgadza się z tym autorem, że obszar nacieku bywa bardzo nieznaczny, nawet nie jest zrazikowym, czasem rzeczywiście jak ziarno prosa wielkim. Nie mamy tu jednak wcale sprawy gruźliczéj, lecz sprawę zapalną, któréj produkta (wypocina) wypełniają przestwory pęcherzykowe. Znamy ją w postaci zapalenia płuc serowatego. Ilość zajętych pęcherzyków odpowiada rozległości zapalnego nacieku, który czasem może być zrazowym, najczęściéj jednak bywa drobnym, nieraz prosówkowym. Jakiż jest sposób powstawania rozpadu w takich ogniskach? Otóż naciek przybiera wejrzenie szarawe lub białawe, staje się przytém kruchszym i suchym i tak swém wejrzeniem jak swą spójnością przypomina ser. Gdy to się dzieje w samémże ognisku, obumiera równocześnie rusztowanie pęcherzykowe, jak beleczki istoty gębczastéj wśród zapalenia szpiku kostnego. Cała naciekła część obumiera, gdyż i krążenie włosowate, a wreszcie i ogólne, tu ustaje. Tkanina rozpada się w postaci rozmiękania, w naczyniach tworzą się zakrzepy, ztąd brak krwotoków w takich przypadkach. Jama rozpadowa poczyna się rozwijać od środka nacieku, chemicznie się przeobrażającego, utrzymujące się zaś jako tako rusztowanie alweolarne zostaje późniéj wraz z resztą treści wykaszlaném.

V. wyjaśniwszy tak rzecz co do miąższu wykazuje, że krwotoki zjawiają się wśród najróżnorodniejszych okoliczności, czasem jeszcze przy małych ogniskach w płucach, czasem zaś dopiero, gdy da się wykazać obecność jam po rozległych zniszczeniach. Z a l e ż y t o o d k i e r u n k u p o s t ę p u j ą c e g o r o z p a d u. Jeżeli rozpad miąższu płuca dąży w kierunku wnęki tegoż, tj. w tym kierunku, w którym do płuca wchodzą naczynia i oskrzela, to bardzo łatwo i naczynia mogą być nadwerężone. Najdłużéj wszelako opierają się tętnice płucne, mające ściany najgrubsze. Otóż proces rozpadowy przechodzi wprost na wielkie pnie naczyniowe lub też w naczyńkach krańcowych tworzą się drobne tętniaki, które pękają. Te dwa źródła są najczęstszym punktem wyjścia dla śmiertelnych krwotoków.

W żyłach tymczasem wytworzyły się już na znacznych przestrzeniach zakrzepy; krwotoki żylne należą też zdaniem autora do największych rzadkości, gdyż zakrzepy żylne daleko łatwiéj powstają niż tętnicze.

Skoro raz wytworzyła się jama, to w ścianach jéj rozwija się sprawa wrzodziejąca, zapalna na kształt dyfteryi, przyczém niszczeje coraz więcéj i w coraz dalszym obszarze tkanina płucna. Nekrotyzująca ta sprawa zapalna przechodzi i na naczynia, co również sprowadza krwotok. W jamach tedy rozpadowych rozróżnia V. trojaki rodzaj krwawienia·

1) *per diabrosin* (nadżarcie tętnic z boku).

2) *per rhexin* (pęknięcie tętniaków).

3) skutkiem nekrotyzującego wrzodzenia tkanki w kierunku wnęki płucnéj.

Wszystkie te krwotoki pochodzą z gałązek tętnicy płucnéj. Istnieje wszelako jeszcze czwarty rodzaj krwawienia, ze saméj powierzchni wrzodziejącéj, krwotok miąższowy, gdy powierzchnia wrzodziejąca pokryje się ziarniną łatwo broczącą. Źródłem tego krwawienia są n a c z y ń k a o s k r z e l o w e zazwyczaj nowowytworzonych gałęzi tętnicy oskrzelowéj i jéj naczyń włosowatych. Krwawienie to jednak jest nieznacznèm i niegroźném.

Na zakończenie dodaje V. kilka szczegółów mogących wyjaśnić wartość leczniczą stacyj klimatycznych i wpływ tychże na krwotoki płucne, wykazując w czém uzdrowiska Kaukazu (Abastuman) przewyższają inne.

Żałować tylko wypada, że V. nie dotknął wcale kwestyi pasorzytniczéj gruźlicy, kilku słowy tylko wskazał, że „rozwój grzybków przyczynia się do postępowania sprawy wrzodziejącéj.“ Miałżeby berliński patolog jeszcze wciąż spoglądać na mykologiję z niedowierzaniem tém samém, jakie okazywał od lat kilkunastu dla odkryć własnych swych uczniów? Jest to dla Virchowa przedmiot, którego tylko w razie koniecznéj obrony własnéj dotyka. (*Virchows Arch.* Bd. 81, Heft 1). *Dr. Pisek.*

B r i c o n: **O kwasie sklerotynowym.**

Kwas sklerotynowy znajduje się w wyciągu sporyszowym. Dragendorff i Podwysocki wydzielili go z masy wyciągowéj. Dobry gatunek sporyszu podług tych badaczy zawiera kw. sklerotynowego 4—4,5%; wstrzykiwany żabom w ilości 0,03—4 przez Dragendorffa i Podwysockiego kw. sklerotynowy wywoływał stale objawy porażenia. Badania Nikityna w pracowni Rossbacha wykazały, że kw. sklerotynowy, a nieco w mniejszym stopniu sklerotynian sodowy, działają na zwierzęta identycznie z sporyszem. Główne objawy po zadaniu kwasu sklerotynowego, wywierającego wybitny wpływ na ośrodki mózgowe, polegać mają według Nikityna na porażeniu, zmniejszeniu ościennego parcia krwi i siły kurczowéj serca (u zimnokrewnych); w otruciu ostrém ciepłota stale do śmierci się obniża; ilość oddechów tak jak ilość skurczów serca stopniowo zmniejsza się do zupełnego ustania. Nikityn stanowczo utrzymuje, że po zadaniu kw. sklerotynowego macica kurczy się, bez względu czy jest próżną, lub pełną; jeśli skurcze już miały miejsce, stają się silniejszemi. Podczas każdego skurczu spostrzegał Nikityn blednienie macicy. Autor ten zachwala terapeutyczne działanie kw. sklerotynowego i radzi używać w tych przypadkach, w których uciekamy się do sporyszu. Kobert, Ganguillet Rennert, Prevost, Stumpf używali kw. sklerotynowego w celach klinicznych, lecz wyniki nie dały im możności wykazania wyższości kw. sklerotynowego nad ergotynem; przyczyna tych sprzecznych i niejasnych rezultatów polegać zdaje się z na stósowaniu nader małéj dawki u człowieka. Nikityn sądzi, że 0,2 jest w stanie wywołać skurcze macicy; lecz klinicyści utrzymują, że dopiero kilkakrotnie większe dawki uwidoczniły działanie kw. sklerotynowego na kurczenie się macicy. Dalsze i obfitsze badania wskażą, czy kw. sklerotynowy ma przyszłość w sztuce lekarskiéj. (*Le Progrès médical* 1882, Nr. 31). *Dr. Kwaśnicki.*

T. K ö l l i k e r: **Przyczynek do anatomii topograficznéj naczyń podkolanowych.**

W celu przekonania się, o ile przy wypiłowaniach stawu kolanowego naczynia krwionośne w dołku podkolanowym narażone są na niebezpieczeństwo zranienia, badał K. na zwłokach zamrożonych położenie żyły i tętnicy podkolanowéj. Badania te doprowadziły go do następnych wyników. Żyła podkolanowa opasuje koło tętnicy połowę ostréj spirali, leżąc w wysokości szczytu torebki mazistéj wypręźacza uda na zewnątrz i w jednéj płaszczyźnie z tętnicą; następnie zwraca się nieco na przednią jéj powierzchnię a od połowy rzepki zakręca się w tył tętnicy.

Co do przebiegu tętnicy przekonał się K., że wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu naczynie to nie przebiega w linii środkowéj dołka podkolanowego, lecz zacząwszy od szczytu rzepki zbacza od niéj na zewnątrz. Oddalenie tętni-

cy od kości również nie jest jednakie w całym jéj przebiegu i podczas gdy oddalenie jéj od tylnéj powierzchni kłykci kości udowéj wynosi $1\frac{1}{2}$ cm., to na wysokości zewnętrznego kłykcia piszczela wynosi ono mniéj niż jeden cm., tak że przy odpiłowywaniu blaszki kostnéj z piszczela od przodu ku tyłowi już małe wyśliźnięcie się narzędzia może stać się powodem zranienia tętnicy. Należałoby więc zawsze iść za radą Tillaux i odpiłowywać kłykcie piszczela od tyłu ku przodowi po poprzedniém staranném i ostrożném oddzieleniu części miękkich od kości.

Wreszcie radzi K. na podstawie swych badań, aby przy podwiązywaniu tętnicy podkolanowéj prowadzić cięcie $1\frac{1}{2}$ do 2 cm. na zewnątrz od linii środkowéj dołka podkolanowego, gdyż w takim razie natrafiamy w głębi wprost na wiązkę naczyń podkolanowych. *(Centralbl. für Chir.* Nr. 30). *Dr. Schramm.*

Bardeleben: **Leczenie tętniaków.**

W jednym z numerów „Przeglądu" podałem w roku ubiegłym referat z artykułu Bardelebena, w którym tenże opisywał przypadek tętniaka w dołku podkolanowym. W przypadku owym próby wyleczenia tętniaka za pomocą ucisku na doprowadzającą tętnicę niedoprowadziły do skutku a to z powodu, że skóra chorego już pod wpływem względnie lekkiego ucisku podpadała zgorzeli. B. więc podwiązał w owym przypadku tętnicę udową w dołku Scarpy, tętniak zmniejszył się szybko, rana po podwiązaniu tętnicy zagoiła się w dni kilka, lecz do zabliźnienia miejsc zgorzelinowych potrzeba było kilka tygodni czasu.

Nim jeszcze ów chory opuścił szpital, zgłosił się do B. drugi pacyjent z tętniakiem w dołku podkolanowym. Był to mężczyzna 35 letni, zupełnie zdrowy, przyczyny rozwinięcia się tętniaka nie można było wyśledzić zupełnie. Ponieważ i ten chory nie znosił ucisku i nawet zagięte położenie uda było mu zanadto uciążliwe, przeto B. mając nadto w pamięci poprzedni przypadek, przystąpił do podwiązania tętnicy w dołku Scarpy. Rana po tym zabiegu zagoiła się *per primam* bez żadnych przypadłości, tętniak już po kilku dniach był zupełnie twardy i zmniejszał się szybko.

Ciepłota operowanéj odnogi w 6 godzin po operacyi była tylko nieznacznie niższa niż na odnodze zdrowéj. Przez następne 18 dni różnica ta wynosiła prawie stale $\frac{1}{2}$ stopnia, tylko w 5 dniu operacyi stosunek ten był nie tak pomyślny. W owym dniu bowiem chory bez widocznéj przyczyny nieco gorączkował, ciepłota odnogi dolnéj zdrowéj wynosiła 38·2, podczas gdy odnoga operowana wykazywała stałą ciepłotę 37.

Nie tak pomyślnie miała się rzecz z czuciem, gdyż chory po operacyi skarżył się na silne bóle w operowanéj odnodze, które z każdym prawie dniem stawały się silniejsze. Przedmiotowo dało się wykazać od drugiego dnia zmniejszenie czułości na grzbiecie stopy. Na 6ty dzień po operacyi bóle w odnodze ustały, natomiast wystąpiło na stopie kilka plam siny ch. W 3 dni potém potworzyły się pęcherze na stopie i zewnętrznéj powierzchni podudzia, skóra w tych miejscach zupełnie nie czuła. W 14 dniu odpadł przyskórek na pięcie, słowem palce nogi, grzbiet stopy i znaczna lecz ograniczona część podudzia uległy zgorzeli. Od 18 do 25 dnia po operacyi zostawał chory stale w kąpieli ciepłego roztworu tymolu 1 na 1000, przyczém miejsca zgorzelinowe oczyszczały się bez wywolywania grożnych ogólnych objawów, jednak zapach tymolu stał się choremu tak nieznośny, że na usilne jego żądanie musiano go wyjąć z kąpieli.

Następnego dnia ciepłota podniosła się do 40°, z tego więc powodu, jak i ze względu, że nawet po zabliźnieniu się rozległych ran posiadanie zniekształconéj stopy nie byłoby żadną korzyścią dla chorego, wykonał B. amputacyję sposobem Grittiego. Zagojenie się rany amputacyjnéj wymagało długiego czasu, wreszcie chory opuścił szpital opatrzony sztuczną nogą Thamma.

Badanie odjętéj odnogi wykazało ograniczone zakrzepy w otoczeniu części zgorzelinowych, zresztą żadnych innych zboczeń w tętnicach.

Przypadek ten poucza, że lubo obecny nasz sposób operowania i następowego leczenia przeciwgnilnego jest w stanie zapobiedz wystąpieniu grożnych przypadów w miejscu podwiązania tętnicy, to jednak nie ma on żadnego wpływu na lepsze wytwarzanie się obiegu krwi ubocznego, które obecnie tak samo jak i dawniéj zależném jest od różnych przypadłości nie dających się naprzód przewidzieć. *(Berl. klin. Woch.* Nr. 33). *Dr. Schramm.*

Dr. Hall (Fairhaven): **Śmierć skutkiem Gelsemium**

Żmin (*Gelsemium*) bywa dość często używanym do przyrządzania środków tajemnych. Działanie toksykologiczne tego środka jest dotąd mało znane. Z tego powodu podajemy wyciąg z artykułu Halla, opisującego charakterystyczny przypadek otrucia tą rośliną.

21 grudnia 1881 został autor wezwanym do kobiety 35 letniéj. Przybywszy jak najspieszniéj mógł autor stwierdzić tylko agoniję. Po śmierci zwłoki kobiety téj przedstawiały się jak następuje: Skóra wilgotna, ciało jeszcze ciepłe, odnogi chłodne, powieki zamknięte, szczęka dolna zwieszona. Po otworzeniu powiek zauważano maksymalne rozszerzenie źrenic, jakby po zatruciu atropinem. Według podania krewnych zmarłéj, chora cierpiała na zap. oskrzeli, skutkiem czego udała się do pobliskiego partacza lekarskiego. Człowiek ten polecił jéj żmin w dawce, jak sam powiadał silnéj. Po pierwszéj już dawce wystąpiło podwójne widzenie, mdłości, duszność, ogólne mięśniowe osłabienie. Mimo to polecono choréj użycie drugiego proszku. Zaraz potém wystąpił napad jakby padaczkowy, utrata mowy, niezdolność przełykania, duszność w coraz zwiększającym się stopniu, a wkrótce potem śmierć. Badanie proszków, poleconych choréj, wykazało w każdym proszku po 0·12 gelsemium i 0·5 siarkanu cinchonidynu.

Objawy powyższe odpowiadały w zupełności objawom opisanym przy zatruciu żminém przez prof. Bartholowa: Powieki zamknięte, diplopia silna, rozszerzenie źrenic, oddech krótki, uciążliwy, szczęka dolna zwieszona, utrata mowy, silne osłabienie mięśniowe, obfite poty, porażenie serca. (*Allg. med. C. Ztg.* Nr. 44, 1882). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

Christian (Charenton): **O samogwałcie.**—Cohn (Wrocław): **O chorobach ócz u onanistów.** Rozprawa Christiana dość obszerna, omawia historyję, przyczyny, skutki, istotę i leczenie onanii. Definicyję onanii daje autor w tych słowach: „*l'onanisme est l'ensemble des moyens employés par l'un ou l'autre sexe pour produire l'orgasme vénerien artificiellement, en dehors des conditions du coit normal.*" Według takiéj definicyi należy więc i pederastyję i sodomiję policzyć do samogwałtu.— Onanija jest rozpowszechnioną po całym świecie u wszystkich narodów, a szczególniej tam jest częstą, gdzie stosunki społeczne niedozwalają odpowiedniego zadowolenia popędu płciowego. I zwierzęta onanizują się także, ale tylko w czasie ciekania się. Różne po-

jęcia i stosunki religijne, różne urządzenia społeczne, wielożeństwo, niewolnictwo, naśladowanie, cywilizacyja nawet, stają się pod wieloma względami i w wielu razach ogólnemi przyczynami samogwałtu. Inne przyczyny są więcéj osobiste, patologicznéj natury, jak np. choroby narządu płciowego (*eczema, prurigo*, pasorzyty itp.), choroby ogólne, a także zboczenia czynności mózgowéj. Skutki onanii mogą być przypadkowemi lub téż następowemi. Pierwsze są znane z chirurgii; drugie mogą być czysto miejscowe lub ogólne. Miejscowemi są różne zapalenia części rodnych, przerost części rodnych zewnętrznych, owrzodzenia itp. Następstwa ogólne nie są zdaniem autora tak groźne, jak to powszechnie mniemają i piszą. U mężczyzny szczególniéj akt samogwałtu nie przedstawia większego niebezpieczeństwa niż spółkowanie. U kobiety w każdym razie zachodzi znacznie większa różnica między spółkowaniem a samogwałtem, a więc i niebezpieczeństwo złych następstw jest według autora większe niż u mężczyzny. Samogwałt nadmierny jest istotnie nader szkodliwym u młodzieży obojéj płci, szczególniéj w czasie rozwoju organizmu. Christian powołując się na prof. Trousseau, który opisuje stan pobudzenia płciowego (*neurose génitale*), istniejącego samoistnie, lub téż podniecenia, poprzedzającego zboczenia w czynnościach rdzenia pacierzowego, sądzi, że i onaniję chroniczną należy uważać za pewnego rodzaju zboczenie nerwowe. Na poparcie swojego zapatrywania przytacza autor, że onaniję napotyka się nader często u małych dzieci, mających skłonność do chorób umysłowych, w czasie pokwitania, między któremi u wielu można znaleść dziedziczne usposobienie do chorób nerwowych. U dorosłych napotykamy onaniję nadmierną u idyjotów, kretynów, epileptyków i innych indywiduów ze zboczeniami umysłowemi. A więc, twierdzi autor, onaniję, w znaczeniu patologicznêm tego słowa, czy to istniejącą samoistnie (*psychopathia sexualis*), lub téż w połączeniu z innemi zboczeniami psychicznemi lub nerwowemi, należy uważać za chorobę mózgową.—Co się tyczy leczenia samogwałtu, takowe może głównie polegać na zapobieganiu. Przedewszystkiêm należy się starać o większe uznanie higijeny w szkołach i pensyjonatach, a to może zapobiedz szerzeniu się ogromnemu samogwałtu między młodzieżą obojéj płci. Higijena usuwając wrażliwość i podniecenie układu nerwowego, których następstwem jest samogwałt, może w wielu razach nie tylko zapobiedz grożącemu niebezpieczeństwu, ale nawet usunąć istniejące już złe.

Cohn opisuje wiele spostrzeżeń nad chorobami ócz, jako to złudzeń optycznych, zapaleń spojówki, skurczów powiek, pojedynczych przypadków przekrwienia tarczy nerwu wzrokowego, osłabienia akomodacyi, w których mógł stwierdzić jako przyczynę samogwałt. Skreśliwszy pokrótce zapatrywania różne neuropatologów na następstwa samogwałtu, przychodzi do wniosku, że nadmierna onanija może wywołać także pewne zboczenie w narządzie widzenia. Również i Cohn, podobnie jak poprzedni autor jest zdania, że złemu tutaj może zapobiedz tylko odpowiednie wychowanie, odpowiednie pouczenie o szkodliwości złego, które do pewnego stopnia jest obowiązkiem szkoły. Nie ulega zdaniem autora, żadnej wątpliwości, że dzisiejszy sposób wychowywania, długie siedzenie na ławkach szkolnych, bardzo się przyczyniają do rozszerzenia onanii pomiędzy młodzieżą szkolną. (*Centralblatt f. Nervenheilk.* 1882, Nr. 8, s. 199). *Dr. K.*

Grunmach zaleca wstrzykiwanie roztworu 1 części *Liq. kal. arsenic.* na 3 części *Aq. destill.*, jako środka przeciw mieszkowéj i włóknistéj postaci wola (*Struma follicularis et Struma fibrosa*). Pół strzykawki Pravaza dwa lub trzy razy tygodniowo przedstawia zwykłą dawkę.

Doświadczenia opierają się na nader korzystnych wynikach ze 100 przypadków. Wstrzykiwania próbne potwierdziły wyniki powyższe i korzyści nad jodem itp. (*Wiener med. Bl.* Nr. 32, 1882). *Dr. Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 4 kwietnia 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 7miu i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Brühla, lekarza zdrojowego z Gleichenberga.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr. Warschauer okazał przyrząd nadesłany przez Lehmanna z Berlina, mający służyć do szybkiego ogrzania wody mineralnéj. Przyrząd ten złożony z naczynia porcelanowego z szyjką, w któréj osadzony jest jako zatyczka termometer z podziałką dochodzącą do 60° R., i rurką do wylewania wody, podstawki z blachy w kształcie trójnóżka, oraz lampki spirytusowéj. Zdaniem członków Komisyi, którzy głos zabierali (przewodniczący i prof. Olszewski), przyrząd ten jest za kosztowny i łatwo ulegający pęknięciu przy najmniejszéj nieostrożności, zwłaszcza téż gdy przy niezwracaniu uwagi ciepłota podniesie się wyżéj nad 60°R., termometer musi pęknąć. Przyrząd prostszy i tańszy byłby użyteczniejszy.

4) Przewodniczący przedstawił Komisyi pogląd na ruch i postęp w 14 zdrojowiskach krajowych i zakładach klimatycznych, które na wezwanie Komisyi balneologicznéj nadesłały choć krótkie sprawozdania.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Skórczewski i Wierzbicki. Pierwszy prostował wiadomości dotyczące Krynicy, drugi zwrócił uwagę na brak spostrzeżeń meteorologicznych, co i innych członków uderzyło. Jednomyślnie postanowiono wezwać zarządy zdrojowisk o urządzenie stacyj meteorologicznych chociażby niezupełnych, do których potrzebne narzędzia najwyżéj 20 złr. w. a. mogą kosztować, instrukcyję zaś do wykonywania obserwacyi przyobiecał napisać Dr. Wierzbicki.

5) Prof. Dr. Olszewski przedłożył wyniki rozbioru chemicznego wody mineralnéj w Głębokiém ze zdroju głównego.

Autor rozbierał już wody mineralne w Głębokiém w r. 1877 z polecenia Komisyi balneologicznéj i umieścił wynik tegoż rozbioru w XV tomie sprawozdań Komisyi fizyjograficznéj Akad. Umiej., w rozprawie pt.: Rozbiór chemiczny wody mineralnéj w Głębokiém ze czterech zdrojów.

Rozbiór ten jednak ograniczał się tylko do ważniejszych składników z powodu, że zdroje będące podówczas własnością gminy znajdowały się w stanie bardzo zaniedbanym. Staraniem teraźniejszego właściciela tych zdrojów p. Jendla, c. k. notaryusza z Liszek, zostały one uporządkowane pod kierunkiem Dra Lutostańskiego i ujęte w nowe cementowe cembrzyny. Z czterech zdrojów nazwanych w powyżéj wspomnianéj rozprawie literami A, B, C i D. A, B i C zostały świeżo ocembrowane, zdrój zaś D został zasypany. Zdrój C wyszczególnia się od zdrojów A i B nierównie większą ilością kwasu węglowego wolnego, którą to różnicę po smaku łatwo rozpoznać można.

Zawezwany przez teraźniejszego właściciela wykonał autor ścisły i kompletny rozbiór wody ze zdroju C., który z powodu wyróżniającéj go obfitości wolnego kwasu węglowego od innych zdrojów zdrojem głównym nazwał. Wyniki tego rozbioru obliczone na 1000 cz. wody są następujące:

Węglanu sodowego	1·046192 cz.
Chlorku sodu	0·009870 „
Węglanu potasowego	0·028410 „
„ litowego	0·011322 „
„ barowego	0·009630 „
„ strontowego	0·007780 „
„ wapniowego	0·561250 „
węglanu magnowego	0·337480 „
„ żelazawego	0·011470 „
„ manganezawego	0·000383 „

fosforanu glinowego	0·000550	cz.
kwasu krzemowego	0 018430	„
kwasu arsenawego	ślad	„
istoty żywicznéj	ślad	„
istoty organicznéj wyciągowéj	ślad	„
składników stałych razem	2·042767	„
składników stałych przez wyparowanie	2·063440	„
kwasu węglowego niby wolnego	0·882224	„
kwasu węglowego istotnie wolnego	2·709406	„
wszystkich składników	5·634497	„
ciężar gatunkowy wody	1·003326	„
ciepłota wody	8·4°C.	„

Na podstawie powyższego rozbioru należy uważać wodę mineralną w Głębokiém ze zdroju głównego jako bardzo silną szczawę sodowo litową.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Poniklo.*

VII. Przyczynek do historyi afazyi.

Historyja afazyi rozpoczyna się wprawdzie w rzeczywistości od pamiętnéj dyskusyi nad lokalizacyją mowy w towarzystwie antropologiczném w Paryżu, odbytéj d. 4 kwietnia 1861 r.; nie ulega jednak wątpliwości, że poszczególne przypadki znane i opisane były i dawniéj (jak np. przez Lordata, Bouillauda i Daxów ojca i syna), a nawet Jastrowitz w Berlinie wykrył w znanéj powieści Goethego (Wilhelm Meister) wcale dobrze opisany przypadek afazyi. Obecnie Jolly, profesor psychijatryi w Strasburgu, odszukał w dziele adwokata paryzkiego Franciszka Gayota de Pitaval, p. t. „*Causes célèbres et interessantes*“, wydaném w r. 1735 (T. III, str. 363) bardzo ciekawy przypadek, pochodzący z roku 1682, z czego wynika, że już przed 200 laty afazyja stała się powodem sporu sądowego. Prof. Jolly podaje ten przypadek w rozprawie p. t. „*Uiber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung*“, umieszczonéj w ostatnim zeszycie *Archiv f. Psychiatrie* (XIII Bd., 2 Heft, 1882, pag. 325—340). Rozprawa sama Jollego nie budzi zajęcia, bo nie zawiera żadnych poglądów nowych, a przynajmniéj takich, któreby czytelnikom Przeglądu Lek. nie były znanemi z podobnéj rozprawy, umieszczonéj w tygodniku naszym w r. 1878; dlatego ograniczyć się należy do zapoznania ich z przypadkiem, znalezionym przez Jollego w Pitavalu. Przypadek ten pod względem historycznym jest bardzo ciekawy, dla tego podajemy go w dosłownem tłumaczeniu wyciągu, ogłoszonego przez wspomnionego profesora.

Napis jego opiewa w Pitavalu jak następuje: „*Si un testa-„ment, fait par interrogatoire d'un testateur, qui ne peut s'énon-„cer que par oui et non, pour avoir été attaqué d'apoplexie „deux ans auparavant, est valable?*“

D. 14 marca 1682 r. stawił się przed notaryjuszem Faverjon obywatel lugduński Piotr Rossignol, „zdrowy na zmysłach, „z wyjątkiem zdolności mówienia, któréj pozbawiony jest od lat „dwóch przeszło skutkiem napadu apoplektycznego.“ — „Słyszy „on zupełnie dobrze i może się porozumieć przez potakiwanie „lub zaprzeczanie, nadto wymawia wyrazy „Jezus Maryja“ i kilka „innych.“

Przedłożył on notaryjuszowi testament sporządzony przez siebie w r. 1671 i dał do zrozumienia, że pragnąłby sporządzić inny, pokazując na migi, że testament dawny chciałby zniszczyć. Zapytany, czy żąda spisania na nowo ostatniéj swéj woli, odpowiedział: tak, i wziąwszy notaryjusza za rękę zaprowadził go do swego pomieszkania, gdzie przybywszy przyprowadził świadków i dał notaryjuszowi do zrozumienia, aby odczytał dawny testament.

Gdy notaryjusz czytał o miejscu, gdzie Rossignol chciał być pochowanym (w kościele St. Nisier), tenże przerwał mu, mówiąc: nie. Na zapytanie, czy życzy sobie być pochowany w Hotel-Dieu, odrzekł: nie, a na pytanie, czy u Franciszkanów, powiedział: tak.

Zapytany, ile przeznacza Franciszkanom na msze żałobne, przyniósł worek z liczmanami, położył na stole 10 sztuk i dopóty dokładał po 10 sztuk, dopóki nie urosła suma 300 liwrów.

Zapytany, czy legata przeznaczone na szpitale utrzymuje, odpowiedział: tak, a na pytanie, czy je pragnie powiększyć, odrzekł: nie. Gdy uczyniono wzmiankę o legacie przeznaczonym dla ojca, powiedział: nie, dając do zrozumienia na migi, że ojciec już umarł. Gdy wspomniano o legacie dla siostrzenic, wręczył notaryjuszowi kartkę papieru, na któréj wypisani byli najbliżsi jego krewni, a na pierwszém miejscu nazwisko siostry owdowiałéj. Dla niéj, znów za pomocą liczmanów, wyznaczył 300 franków, a na zapytanie, czy ma na myśli 300 franków, odrzekł: tak. W podobny sposób dla każdego z trojga dzieci siostry przeznaczył 100 fr., a inne kwoty dla całego szeregu krewnych.

Zapytany, dla czego dwom siostrzenicom mniejsze wyznacza kwoty, aniżeli w testamencie dawniejszym, udał się do gabinetu swego i przyniósł dwa kwity, przez małżonków owych pań wystawione na kwoty, otrzymane jako posag. Zdawało się więc, że kwoty te pragnie odciągnąć od legatów dawniéj przeznaczonych. Na zapytanie, czy taki jego zamiar, odpowiedział: tak. Na pytanie, czy więcéj jeszcze ma krewnych, odpowiedział: tak, a na pytanie, czy i dla nich coś przeznacza, odrzekł: nie. Na pytanie, co się stanie z ustępem tyczącym się żony, dał na migi do zrozumienia, że żona już umarła; a na pytanie, czy umarła, odpowiedział: tak, Gdy wreszcie zapytano go, kogo wyznacza spadkobiercą głównym dla majątku, legatami nie objętego, poszedł do kuchni i wśród wielu pieszczot przyprowadził siostrzenicę swoją, Ludwikę Justel, która była jego gospodynią. Na pytanie, czy ją wyznacza jako główną spadkobierczynię, odpowiedział: tak.

Poczém w przytomności świadków odczytano mu ponownie cały testament, a przy każdym ustępie pytano go się, czy taka jest jego wola, a on każdym razem odpowiadał: tak. Zapytany, czy testament dawniejszy cofa, odrzekł: tak.

Testament podpisali notaryjusz i obecni świadkowie, „*et non ledit Rossignol, pour ne savoir*“. Czy testator w ogóle pisać nie umiał, lub czy nie mógł pisać od czasu doznanego napadu apoplektycznego, o tém niestety nic nie wspomniono.

Wkrótce potém zmarł Rossignol a krewni jego, którzy nie otrzymali legatu, żądali unieważnienia testamentu, który jednak naprzód wyrokiem sędziego lugduńskiego, a następnie po założeniu rekursu i wyrokiem parlamentu (jako sądu) w Paryżu z d. 9 sierpnia 1683 uznany został za ważny.

Bardzo słusznie Jolly uznaje przypadek powyższy za afazyję, i to nie amnestyczną, lecz ataktyczną połączoną z agrafiją. Z wyjątkiem możności wymawiania słów kilku, był brak mowy, obok zdolności rozumienia tego, co się słyszy, oraz zdolności czytania i umysłowego zużytkowania tego, czego się przez słuch lub czytanie dowiedziano. Według wszelkiego prawdopodobieństwa R. umiał jeszcze czytać, a za tém idzie, że prawdopodobnie dawniéj umiał i pisać, i że brak téj zdolności śród sporządzenia ostatniéj woli uważać należy za agrafiję, w następstwie udaru powstałą. Ponieważ w akcie powiedziano „*sain de sa personne et de ses sens*“, więc zdaje się, że notaryjusz nie spostrzegł u klijenta swego porażenia połowiczego prawego, które najczęściéj towarzyszy afazyi. Nie ulega wątpliwości, że wyroki, uznające testament za ważny, były słuszne i uzasadnione.

Prof. Jollemu w każdym razie przyznać należy zasługę odkrycia tego ciekawego opisu, przez co okres przedhistoryczny afazyi wzbogacony został szczegółem bardzo ważnym.

L. Blumenstok.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 września śmiertelność ogólna obniżyła się w Krakowie z 27,5 do 25.2 wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z czerwonki 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 2 krztuśca, 1 czerwonki. W tygodniu od 3—9 września umarło w Londynie z ospy 9, leczyło się w szpitalach 91, świeżo zapadło 9. W Wiedniu i Paryżu po 5, w Budapeszcie 4, w Petersburgu 12, w Granadzie 11, w Warszawie 18, we Lwowie 2. Dur łagodnieje w Paryżu, umarło 63, leczyło się w szpitalach 954. Dur plamisty pojawia się sporadycznie w większych miastach. W Baltimore, w Nowym Orleanie, w Bombayu umarło w połowie sierpnia po kilka osób na cholerę. W Kalkucie 7go kwarantanę zniesiono dla okrętów przybywających z Bombayu do Aleksandryi, ponieważ nie zaszedł więcéj żaden przypadek śmierci.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 września umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,5; we Lwowie 29,7; w Poznaniu 42,6; w Wiedniu 20,2; w Budapeszcie 29,8; w Pradze 21,4; w Tryjeście 33,5; w Berlinie 24,0; w Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 23,7; w Mnichowie 25,8; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 22,0; w Bazylei 15,5; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 22,3; w Hadze 21,9; w Paryżu 21,7; w Londynie 17,7; w Kopenhadze 27,9; w Stokholmie 26,1; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 32,8; w Odesie 45.2; w Rzymie 19,3; w Wenecyi 28,0; w Bukareszcie 28,0; w Madrycie 37,8; w Lizbonie 31,5; w Nowym Yorku 31,6; w Filadelfii 25,3; w Bombayu 25,0. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 września. Namiestnik mianował lekarza powiatowego 2éj klasy Dra Aleksandra Lecha lekarzem powiatowym 1éj klasy we Lwowie; koncepistę sanitarnego przy Namiestnictwie Dra Oresta Litwinowicza lekarzem powiatowym 2éj klasy w Tłumaczu; docenta Uniw. Jagiell. Dra Stanisława Ponikłę koncepistą sanitarnym Namiestnictwa, poruczając mu czynności lekarza powiatowego w Krakowie; asystenta sanitarnego Dra Jakóba Dorożyńskiego lekarzem powiatowym 2éj klasy w Jaworowie i Dra Zygmunta Dzikowskiego asystentem sanitarnym w Podhajcach.

Tym sposobem opróżniona przez śmierć śp. Dra Kralczyńskiego posada lekarza powiatowego w mieście naszém obsadzoną została. Nominacyja Docenta Ponikły wywołała u nas powszechne, niepodzielne zadowolenie, co dowodzi, że wybór Namiestnictwa pod każdym względem był szczęśliwy. Jako wieloletni asystent, a w roku przeszłym podczas niemocy prof. Korczyńskiego i jego zastępca, złożył Dr. Ponikło dowody zamiłowania do pracy i wytrwałości, a nie wątpimy, że i na nowém stanowisku godnie odpowie oczekiwaniom, i że połączone pod względem sanitarnym powiaty: krakowski i wielicki będą w nim miały opiekuna lekarskiego gorliwego i naukowo wykształconego.

* Przed laty wielu zrobiliśmy spostrzeżenie, że lekarze sądowi w orzeczeniach swoich niewłaściwie używają wyrazów: „denat, denatka," stosując je i do osób cieleśnie obrażonych wprawdzie, ale żyjących. Ponieważ i w ostatnich czasach spotykaliśmy się z tém mylném użyciem wspomnianych wyrazów, jak np. „Denat jest tylko lekko obrażony i za dni 14 odzyska zdrowie", „Denatka cieszy się prawidłowym stanem ogólnym", uważamy sobie za obowiązek przypomnieć, że denatus znaczy „zmarły", że więc wyraz ten stosować można tylko do trupów, a żadną miarą do osób żyjących.

* Wiadomą jest rzeczą, że uczeni niemieccy grzecznością w polemice naukowéj nie grzeszą. Dr. Robert Koch w Berlinie, który niedawno wsławił się odkryciem prątków gruźliczych, w pracach swoich konsekwentnie odmawia pracom Pasteura wszelkiéj wartości i nowości. Z tego powodu przyszło do małego skandalu w Genewie, gdzie obaj przeciwnicy na Zjeździe higijenicznym się zjawili. Po wykładzie Pasteura „o zmniejszaniu się zaraźliwości przyrzutów" przyjętym nieskończonemi oklaskami wstał Koch, oświadczając, że przybył do Genewy, aby się czegoś nowego dowiedzieć, jednak doznał zawodu. Pasteur na ten zarzut odpowiedział krótko i znów większość zgromadzenia grzmiącemi oklaskami oddała hołd jego zasługom, a wreszcie 80-letni przewodniczący Lombard w sposób bardzo dotkliwy dla Kocha oświadczył, że nawet zwierzęta postawiłyby Pasteurowi pomnik za jego prace, gdyby nie były pozbawionemi rozumu.—Na Zjeździe znów lekarzy i przyrodników niemieckich w Eisenachu Haeckel mówiąc o poglądach Darwina, Goethego i Lamarcka, użył przeciw Virchowowi wyrażenia, „że nie zgadza się wcale z godnością naukową, aby odpowiadać na zarzuty, które Virchow podniósł przeciw Darwinowi." Sykania obecnych były wymowném potępieniem zarozumiałości i nietaktowności znakomitego zoologa.

* Zjazd 55 lekarzy i przyrodników niemieckich rozpoczął się d. 18 bm. w Eisenachu śród deszczu ulewnego; posiedzenia ogólne odbyły się w teatrze, sekcyjne w gmachach poblizkich. Pierwsze posiedzenie ogólne zagaił radca lekarski Dr. Matthes, następnie Dr. Stichling przywitał zebranych imieniem W. Xięcia, a burmistrz imieniem miasta. Pierwszym przedmiotem porządku dziennego był wybór miejsca dla przyszłego Zjazdu; była mowa o 3 miastach, Strasburgu, Konstancyi i Fryburgu; zgodzono się na ostatnie i wybrano przewodniczącymi Zjazdu 56go proff. Maasa i Clausa. Po przybyciu W. Xięcia i całéj jego rodziny prof. Haeckel miał wykład o darwinizmie, a po nim Dr. Wilhelmi wygłosił życiorys lekarza eisenachskiego Dra Paulliniego. — Popołudniu wycieczka na Wartburg, dokąd podążyli także W. Xiążę i rodzina; w imieniu Zjazdu prof. Nothnagel miał piękną przemowę do W. Xięcia, który kilku słowy odpowiedział.— D. 19 września część członków Zjazdu udała się do zdrojowiska Salzungen, podczas gdy w Eisenachu sekcyje rozpoczęły swoje prace. Przewodniczącym Sekcyi chirurgicznéj dnia tego był Tillmanns z Lipska, a wykłady mieli tak on, jakotéż König z Gietyngi; w Sekcyi dla anatomii patolog. i medycyny wewn. przewodniczył Nothnagel, a wykładali Eulenburg, Rumpf, Weigert i Hauser. D. 20 września w Sekcyi chirurgicznéj przewodniczył Langenbeck a wykładali: Meyer, Wolff i Bergmann; w sekcyi med. wewn. przewodniczył Zenker, wykładali zaś Damman, Ewald, Kahler, Mering. D. 21 września odbyło się 2gie i ostatnie ogólne posiedzenie, na którém mieli wykłady Bergmann, Assmann i Rehmke; wieczorem przedstawienie w teatrze. D. 22 września śród okropnéj ulewy odbyła się wycieczka do Kissingi, gdzie dobre jedzenie stanowiło główne zajęcie badaczów przyrody.

* **Lwów.** Wydział krajowy powierzył tymczasowe kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym Drowi Bronisławowi Longchampsowi (synowi), sekundaryjuszowi śp. Szeparowicza.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Miejsce Erba zająć ma prof. Heubner.—**Jena.** Prof. chirurgii Ried obchodził niedawno 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego.— Prof. Rossbach, dotychczasowy prof. farmakologii w Würzburgu mianowany został prof. i dyrektorem kliniki lekarskiéj w miejsce Nothnagla.— **Wrocław.** Rektor uniwersytetu prof. Biermer otrzymał order orła czerwonego 3ciéj kl. a proff. Heidenhain i Klopsch mianowani tajnymi radcami lekarskimi.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 38: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.)— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Z kliniki prof. Korczyńskiego; Wolframa: Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych; Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.). — Nawroczyńskiego: Przepuklina pachwinowa skośna zewnętrzna mięszana uwięziona (!)

Redakcyja otrzymała:

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie n./W.): Ein interessanter Fall von 2maliger Darmresection-Heilung. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Woch.* 1882 in 8vo str. 10).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób skórnych i wenerycznych w c. k. Uniwersytecie Jagiellońskim na czas od 1go listopada 1882 r. do końca września 1884 r. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w a. tudzież *relutum* za pomieszkanie.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 15 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków d. 27 września 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chirurgii w c. k. Uniwersytecie Jagiellońskim na lat dwa, począwszy od 1 października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 10 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków 27 września 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego z stałemi dochodami rocznie 400 złr. rozpisuje się konkurs do dnia 15 października rb. Panowie życzący sobie kompetować o takową, raczą łaskawie zgłosić się do apteki miejscowéj, zkąd bliższych szczegółów zasięgną.

Gmina miasta Baranowa.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.